



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Título: Capacitação da Pessoa Para o Autocuidado Marcha

Área de especialização: Reabilitação

Unidade curricular: Relatório

Referente ao Curso: Mestrado - Mestrado em Enfermagem

Susana Filomena Monteiro Joaquim Cabrita

Orientação: Professor Doutor Manuel Agostinho Matos Fernandes

Setúbal, 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Título: Capacitação da Pessoa Para o Autocuidado Marcha

Área de especialização: Reabilitação

Unidade curricular: Relatório

Referente ao Curso: Mestrado - Mestrado em
Enfermagem

Susana Filomena Monteiro Joaquim Cabrita

Orientação: Professor Doutor Manuel Agostinho Matos
Fernandes

Setúbal, 2019

RESUMO

O presente relatório descreve o processo de aquisição de competências nas atividades desenvolvidas no estágio final na área da neurologia, evidencia também os resultados obtidos no projeto de intervenção de enfermagem de reabilitação. Neste trabalho procura-se contribuir para a demonstração da eficácia dos cuidados de enfermagem de reabilitação na reabilitação da função motora.

Atendendo a esta prioridade surge a importância de uma abordagem sistemática, e detalhada no doente/pessoa com a marcha comprometida.

Partindo da identificação de tal compromisso, aplicou-se um programa de reabilitação cujo objetivo foi a capacitação de sete doentes/pessoas vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), visando a autonomia para o autocuidado marcha, avaliando os compromissos que a inviabilizam como a força muscular, e o equilíbrio, avaliação da sua evolução com recurso ao uso de escalas, escala de Lawer para avaliação da força muscular, Escala de Berg para o equilíbrio corporal, escala de Holden para avaliação da marcha, e índice de Bartel para os autocuidados, e a descrição dos resultados evidenciados.

As pessoas/doentes que integraram o programa revelaram progressos significativos na força muscular, no equilíbrio e no autocuidado marcha, aumentando a sua autonomia para os autocuidados.

Os resultados obtidos também demonstram a concretização das competências de especialista em reabilitação e de mestre, competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados, responsabilidade profissional, ética e legal, e competências do domínio das aprendizagens profissionais.

Palavras-chave: Capacitação, Autocuidado, Marcha, Enfermagem de Reabilitação

ABSTRACT

This report describes the process of acquisition of competencies in the activities developed in the final stage in the area of neurology, also shows the results obtained in the project of intervention of rehabilitation nursing. This paper aims to contribute to the demonstration of the efficacy of rehabilitation nursing care in the rehabilitation of motor function.

Given this priority comes the importance of a systematic, detailed approach in the patient/person with the gait involved.

Based on the identification of such commitment, a rehabilitation program was implemented, whose objective was the training of seven patients / persons victims of Stroke, aiming at the autonomy for self-care walking, evaluating the commitments that make it unfeasible as the force muscle balance and balance, evaluation of its evolution using scales, Lower scale for muscle strength assessment, Berg scale for body balance, Holden scale for gait evaluation, and Bartel index for self-care, and the description of the results evidenced.

The people / patients who joined the program showed significant progress in muscle strength, balance and self-care gait, increasing their autonomy for self-care.

The results also demonstrate the skills of specialist in rehabilitation and master, skills in the field of continuous quality improvement, care management, professional responsibility, ethics and legal, and skills in the field of professional learning.

Keywords: Empowerment, Self-Care, March, Rehabilitation Nursing

AGRADECIMENTOS

Agradecer sempre. Nada é mais confortante que perceber que o nosso objetivo foi percorrido e realizado pela força da nossa vontade, dedicação e persistência, acompanhado de quem acreditou e quis fazer parte dele.

Agradecer sempre, mas, principalmente agradecer a mim mesma, que apesar de muito cansaço físico e psicológico não desisti dos meus objetivos.

Agradeço, a todos os que me ensinaram a adquirir competências ao longo destes 18 meses, professores, colegas de curso e orientadores de estágio. A família pela enorme paciência.

Aos doentes por aceitarem integrar num programa de reabilitação intensiva dando o seu consentimento informado assinado, sem eles este relatório não era possível, estes são os principais merecedores de agradecimentos.

E finalmente agradecer ao Professor Doutor Manuel Agostinho Fernandes que orientou este relatório final, foi de uma ajuda e paciência fundamentais, tanto no estágio como em todos os momentos ao longo do curso, sem a sua ajuda a conclusão deste relatório seria muito difícil.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação do AVC	15
Tabela 2 – Programa de exercícios terapêutico	44
Tabela 3 – Caracterização dos doentes de acordo com o sexo, idade, diagnóstico e tempo de internamento	50
Tabela 4 – Resultados da Avaliação da Força Muscular-Escala de Lawer	51
Tabela 5 – Resultados Relativos à Aplicação da Escala de Berg	53
Tabela 6 – Resultados relativos à Avaliação da marcha escala de Holden	55
Tabela 7 – Resultados da Aplicação do Índice de Bartel	58

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A – Autorização Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário do Algarve LXXXIII

Anexo B – Autorização do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário do Algarve LXXXIV

Anexo C – Modelo de consentimento Informado Instituído no Centro Hospitalar Universitário do Algarve LXXXV

Anexo D – Escala de recolha de dados modificadas LXXXVII

Anexo E – Histórias dos doentes XCIII

Anexo F – Resumo do artigo, Capacitação da Pessoa para o Autocuidado Marcha CII

SIGLAS/ABREVIATURAS

ACA - Artéria cerebral anterior

ACM - Artéria cerebral média

AIT -Acidente Isquémico Transitório

APA - Amerycan Psychological Association

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CIF - Classificação Internacional da Funcionalidade

CHUA - Centro Hospitalar Universitário do Algarve

CIPE-SAPE - classificação internacional para a prática de enfermagem-sistema de apoio para a prática de enfermagem

DCV - Doença Cérebro vascular

DGS - Direção Geral de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

ER - Enfermagem de Reabilitação

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGA - Equipa de Gestão de Altas

FA – Fibrilação Auricular

GHAF- gestão hospitalar de armazém e farmácia

HTA - A hipertensão arterial

INE - Instituto Nacional de Estatística

NSA - National Stroke Association

NIHSS - Stroke Scale do National Institute of Health

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNS - Plano Nacional de Saúde PICA - Artéria cerebelosa póstero-inferior

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

RRH - Rede de Referência Hospitalar

SNS - Sistema Nacional de Saúde

UCC - unidade de cuidados continuados

M.Sup - Membro superior

M.Inf – Membro inferior

Dt-Direito

Esq-Esquerdo

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. APRECIACÃO DO CONTEXTO	13
1.1. Doenças Neurológicas / Alterações da Funcionalidade	13
2. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO	18
3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS	24
3.1. Autocuidado	33
4. OBJETIVOS	38
5. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	40
5.1. Fundamentação Teórica	40
5.2. Metodologia	46
6. RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	51
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ESPECIALISTA, ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO E MESTRE, DE ACORDO COM OS OBJETIVOS	62
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
BIBLIOGRAFIA	77
ANEXOS	82

INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio foi desenvolvido no âmbito do curso de mestrado em enfermagem 2017/2019 em associação das escolas superiores de enfermagem São João Deus da universidade de Évora, escola superior de saúde do instituto politécnico de Beja, escola superior de saúde Dr. Lopes Dias do instituto politécnico de Castelo Branco, escola superior de saúde do instituto politécnico de Portalegre e escola superior de saúde do instituto politécnico de Setúbal no contexto da unidade curricular, estágio final, de enfermagem de reabilitação (ER).

Este relatório pretende descrever todo o processo de desenvolvimento de competências de especialista em reabilitação e de mestre, tendo em conta os objetivos definidos pela escola para esta unidade curricular, incluindo uma área foco em que se procura contribuir para validar as intervenções implementadas para capacitação da pessoa para a autocuidado marcha através da reeducação funcional e readaptação funcional, com a implementação de um plano de exercícios personalizado e adequado aos défices avaliados na pessoa aquando da sua entrada no serviço.

Integra a intervenção sistematizada de cuidados de ER na pessoa com compromisso no autocuidado marcha, decorrente de alteração neurológica.

Pretende-se com este relatório demonstrar ganhos na autonomia para os autocuidados, dando ênfase ao autocuidado marcha.

Para o autocuidado marcha é fundamental o equilíbrio. Nesta sequência, o equilíbrio consiste em manter o centro de gravidade dentro de uma base de suporte que proporcione maior estabilidade nos segmentos corporais durante situações estáticas e dinâmicas, ou seja, é a capacidade de manter o corpo na sua base de apoio seja ela imóvel ou móvel.

O equilíbrio estático refere-se ao controlo da oscilação postural durante uma posição imóvel. No equilíbrio dinâmico, existe o uso de informações internas e externas para reagir a alterações da estabilidade (Sousa 2010).

Para capacitar a pessoa através da sua reeducação funcional ou readaptação foi necessário proceder à avaliação e treino da força muscular, do equilíbrio, e posteriormente uma marcha eficaz.

Pretende-se com a implementação de um programa de exercícios precoces e adaptados à funcionalidade da pessoa, demonstrar resultados positivos na restituição das capacidades funcionais perdidas com a doença, levando a que a pessoa seja o mais autónoma possível nos autocuidados após a alta hospitalar.

Através do mesmo, pretende-se também demonstrar o desenvolvimento e aquisição de competências gerais de enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) assim como as competências de mestre na referida área, competências estas, adquiridas ao longo do estágio, tendo como foco central os cuidados de enfermagem de reabilitação.

A abordagem a esta problemática da capacitação da pessoa para o autocuidado marcha surge no contexto dos dados observados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE 2017), de acordo com esses dados, as doenças do aparelho circulatório continuaram a ser a principal causa de morte em Portugal, com 29,8% dos óbitos registados, em 2015, mais 0,5% do que no ano anterior.

No conjunto das doenças do aparelho circulatório, evidenciam-se os acidentes vasculares cerebrais que representaram 10,8% do total de mortes no país (INE 2017).

Dados da Direção Geral de Saúde, (DGS 2017) referem que o AVC continua a ser uma das principais causas de morte em Portugal e representa uma das principais causas de incapacidade funcional, associada a sequelas físicas, mentais e sociais que restringem a capacidade funcional, especialmente ao nível da independência nos autocuidados (Organização Mundial de Saúde, 2009).

Situações como o AVC, constituem-se como intercorrências no percurso de vida que, muitas vezes, levam a incapacidades e consequentes alterações significativas na vida da pessoa e sua família, perante as quais é necessário intervir com vista a maximizar o seu potencial funcional e independência.

A assembleia do colégio da especialidade de enfermagem de reabilitação considerou como emergentes as intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função motora como sendo área de investigação muito prioritária.

As alterações da mobilidade estão relacionadas com a alteração da força e do tónus muscular, do mecanismo do controlo postural e da sensibilidade (Menoita, et al. 2012).

O AVC é a primeira causa de incapacidade em Portugal, constituindo um dos seus mais importantes problemas de saúde pública. É previsível que venha a diminuir a sua incidência com a implementação de medidas preventivas eficazes. No entanto, o envelhecimento da população poderá aumentar só por si a incidência deste tipo de patologias (José Barros et al, 2016).

O AVC assume-se como um grave problema de saúde pública em todo o mundo, sendo uma das principais causas de morte e de incapacidade, quer nos países desenvolvidos, quer nos países em desenvolvimento e encontra-se associado a uma elevada taxa de hospitalização (Veiga, 2015).

Este relatório é um documento de natureza critica reflexiva, fundamentado das atividades desenvolvidas com conhecimento científico no âmbito do estágio final.

Este relatório final foi redigido de acordo com o novo acordo ortográfico e a norma da *Amerycan Psychological Association*, (APA) o documento obedece às indicações dispostas no regulamento do estágio final e relatório dos mestrados em enfermagem do instituto politécnico de Setúbal.

1. APRECIACÃO DO CONTEXTO

1.1. Doenças Neurológicas / Alterações da Funcionalidade

As doenças neurológicas afetam o sistema nervoso, o cérebro, medula espinhal, e/ou os nervos periféricos, e todas as estruturas que deles fazem parte (Sá, 2009).

De forma geral os neurologistas optam por classificações mistas que englobam categorias respeitantes quer ao processo etiopatogenico subjacente sendo estas as doenças vasculares cerebrais, tumores cerebrais, quer a topografia das lesões Ex: doenças da medula espinhal, neuropatias periféricas, assim como alguns sintomas descritos pela pessoa como: cefaleias, alterações do sono e outros fenómenos como doenças do movimento (Sá, 2009).

No seu conjunto, as doenças neurológicas condicionam um enorme impacto na comunidade, sendo estas as doenças cerebrovasculares e as doenças neurodegenerativas como a doença de alzheimer, demência vascular, doença de Parkinson (Sá, 2009).

As causas das doenças neurológicas podem ser muito variadas. Como o sistema nervoso é um sistema complexo, com estruturas diversas, qualquer alteração em uma de suas estruturas ou funções pode gerar sintomas, e constituir uma doença neurológica, estas podem ser agrupadas em diversas categorias segundo a etiologia, a distribuição etária, a localização neuroanatômica, e a origem (primaria ou secundaria) entre outras (Sá, 2009).

Segundo dados de 2016 da rede de referência hospitalar (RRH), as doenças neurológicas, no seu conjunto, representam a maior contribuição para o impacto global das doenças a nível mundial (6,3%) este estudo refere que este valor atinge 11,2% na europa, e estima-se que em 2020 chegue aos 14,7%. Estes valores correspondem à perda de um período de 15 a 30 anos de vida livre de incapacidade em cada 1000 habitantes por ano (Sampaio et al., 2017).

Dados do (Instituto nacional de Estatística 2017), referem que em 2080, a população idosa poderá atingir entre 3,3 milhões no cenário alto e 2,5 milhões de pessoas no cenário baixo. O acréscimo mais acentuado no cenário alto resulta, sobretudo, de um maior aumento da esperança de vida.

A tendência do aumento da população idosa é transversal a todas as regiões. Ainda no seguimento de dados do INE (2017), as doenças do aparelho circulatório continuaram a ser a principal causa de morte em Portugal, com 29,8% dos óbitos registados, em 2015, mais 0,5% do que no ano anterior.

No conjunto das doenças do aparelho circulatório, evidenciam-se os acidentes vasculares cerebrais (AVC) que representaram 10,8% do total de mortes no país a doenças do aparelho circulatório (INE 2017).

O AVC é uma interrupção súbita do fluxo cerebral vascular, seja pelo tipo isquémico ou hemorrágicas, as suas consequências conduzem a danos físicos como plegias ou paresias de um ou ambos os membros, alterações sensoriais, espasticidade, psicoafectivos e cognitivos.

As alterações na função motora como o distúrbio do tônus, presença de reações associadas, perda do mecanismo de controlo postural estão entre as principais alterações geradas pelo AVC (Silva, 2010).

A OMS define o AVC como sendo um comprometimento neurológico focal (ou global) que ocorre subitamente com sintomas que persistem mais de 24 horas, ou levando à morte com provável origem vascular. Muitas das pessoas que sobrevivem ao AVC ficam com sequelas de ordem física, sensorial e cognitiva, que as inviabiliza para a vida ativa (Reabilitação AVC, 2013).

A OMS (2009) salienta que as estruturas mais afetadas pelo AVC são o cérebro, o sistema cardiovascular, os membros superiores e inferiores e a região do ombro.

A oclusão das diferentes artérias cerebrais ocasiona quadros clínicos diferentes. As alterações podem ser singulares, múltiplas ou difusas, podem também envolver perda de funções motoras, sensitivas, visuais, assim como nas funções de percepção e da linguagem, podem ser tão leves, como por exemplo um adormecimento de uma parte do corpo, que se tornam insuficientes para perturbar as atividades do indivíduo ou, tão graves que levam a um estado de perda total da consciência e capacidades funcionais (Faria, 2014).

O AVC é um processo de desenvolvimento súbito e de grave défice neurológico, que gera alterações nos autocuidados no doente/pessoa, podendo ser estes graves conduzindo a um estado de dependência funcional total.

Etiologicamente o AVC pode ser classificado em duas classes, isquémico e hemorrágico, como podemos observar na tabela 1.

Tabela 1 - Classificação do AVC

AVC ISQUÊMICO	AVC HEMORRÁGICO
<ul style="list-style-type: none">▪ Trombótico▪ Embólico▪ Lacunar	<ul style="list-style-type: none">▪ Intracerebral▪ Parenquimatoso▪ Subaracnóide

O AVC trombótico ocorre devido a placas de ateroma, que se formam em vasos de maior calibre, particularmente, nas zonas de bifurcação ou de curvatura das artérias. Isto vai desencadear um processo de coagulação que origina a formação de trombos, que vão obstruir, total ou parcialmente, a passagem do sangue (Graça, 2015).

O AVC embólico, ocorre derivando de um processo em que se verifica uma oclusão arterial por um corpo estranho designado de (êmbolo) em circulação, que ocorre na corrente sanguínea e que se desloca até às artérias cerebrais (Menoita, 2012).

Os êmbolos também podem ser originados devido a desordens sistémicas produtoras de êmbolos gasosos, êmbolos gordos ou êmbolos de origem tumoral (Menoita, 2012).

O AVC lacunar ocorre devido a pequenos enfartes profundos resultantes de patologias das artérias perfurantes (Graça, 2015).

O AVC hemorrágico ocorre quando se dá um rebentamento de um vaso sanguíneo no encéfalo. O sangue vai extravasar para o encéfalo ou para o espaço subaracnóideu, comprimindo e deslocando o tecido cerebral (Gatens & Musto, 2011 Graça, 2015).

A hemorragia intracerebral ocorre com mais frequência em pessoas com HTA e com arteriosclerose cerebral, sendo este o mais grave pois apresenta 50% de mortalidade nos 30 dias subsequentes e ocorre em populações mais jovens (Menoita, 2012).

As hemorragias parenquimatosas segundo Martins (2002), Cunha, (2014) por ocorrem em pequenos vasos perfurantes, nomeadamente nos ramos das artérias cerebrais e nos ramos paramedianos da artéria basilar. Os locais mais afetados pelas hemorragias parenquimatosas são os gânglios da base, a protuberância e o cerebelo.

A Hemorragia subaracnóidea é a menos frequente de entre os AVCs, e afeta pessoas com idade inferior a 35 anos. Esta resulta da rutura das artérias superficiais, malformações vasculares intracranianas, aneurismas saculares, angiomas arteriovenosos ou traumatismos (Cunha, 2014).

Segundo Faria (2014), a alteração neurológica resultante do AVC não tem a ver com o tipo de AVC, mas com o local da lesão vascular do cérebro, o tamanho da lesão e a lateralidade afetada.

De acordo com o National Stroke Association (2013), citado por Nogueira, (2016) 10% dos sobreviventes recuperam quase integralmente; 25% recuperam com sequelas mínimas; 40% apresentam incapacidade moderada a grave, necessitando de acompanhamento específico; 10% necessitam de tratamento a longo prazo numa unidade especializada; 15% morrem pouco depois do episódio de AVC e 14% dos sobreviventes têm um segundo episódio ainda durante o primeiro ano.

O AVC compromete o hemicorpo contralateral à lesão, ocasionando assimetria com distribuição de peso para o hemicorpo não acometido. As diferenças funcionais entre os hemisférios cerebrais direito e esquerdo ocasionam características distintas neste controle postural entre hemicorpos na busca pelo controle estático e dinâmico (Ferreira, 2015).

As sequelas do AVC que mais se evidenciam, são os défices físicos e cognitivos, no entanto outras como a perda de habilidades para as atividades básicas e instrumentais da vida diária, de lazer ou trabalho são um conjunto com um impacto muito elevado na funcionalidade e nos resultados obtidos com a reabilitação (Manuela & Cancela, 2008).

Para Cunha (2014) algumas das funções afetadas pelo AVC, são a força muscular, mobilidade, equilíbrio e marcha, sendo algumas das atividades mais afetadas a em transferir-se, manter o equilíbrio corporal, deambular, autocuidar da sua higiene e vestuário. Ainda segundo o mesmo autor os principais compromissos diretos são os deficits somatossensitivos, padrões alterados de ativação muscular, distúrbios de controlo postural e equilíbrio.

Todos os doentes que sofreram AVC devem ter acesso imediato a enfermagem de reabilitação.

A enfermagem de reabilitação é de extrema importância no AVC. O especialista em reabilitação é detentor de conhecimentos para a realização de uma avaliação precisa do doente/pessoa com AVC. O especialista em reabilitação avalia a força, resistência, amplitude de

movimentos, alterações da marcha e défices sensoriais, estrutura planos de reabilitação individualizados cujos objectivos são ajudar os doentes a recuperar o mais precocemente as funções acometidas pela doença (De Wit L,et,al,2006).

2. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO

Integrado no Sistema Nacional de Saúde (SNS), o centro hospitalar universitário do Algarve, local onde se realizaram as 16 semanas de estágio constitui-se como uma pessoa coletiva de direito público, de natureza empresarial, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

Caracteriza-se, no panorama nacional e internacional, como uma das unidades hospitalares de referência no SNS. Em termos de resposta assistencial, assume a responsabilidade direta pela prestação de cuidados de saúde diferenciados a vários concelhos, garantindo a segurança em saúde de todos os que habitam ou visitam a região.

Este hospital é composto pela junção de várias unidades hospitalares, responsabilizando-se pela prestação de cuidados de saúde diferenciados nessa região, bem como pelo apoio à formação pré, pós-graduada e contínua na área da saúde.

Consolidado como unidade de excelência no sistema de saúde, dotado dos mais avançados recursos técnicos e terapêuticos, com competência, saber e experiência dos seus profissionais, este hospital encontra-se vocacionado para garantir a equidade e universalidade do acesso aos cuidados de saúde, bem como incrementar o desenvolvimento de atividades de formação e ensino pré, pós-graduado e de investigação.

Este constituir-se num hospital de qualidade excelente, em permanente aperfeiçoamento profissional e técnico, capaz de alcançar um alto grau de satisfação dos agentes sociais, dos profissionais que nele trabalham e, especialmente, dos seus doentes.

Tem como missão prestar cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, fomentando a formação pré e pós-graduada e a investigação, com o objetivo de alcançar a excelência na atividade assistencial, no ensino e investigação, através da introdução de boas práticas baseadas na evidência, e na inovação em saúde, promover o desenvolvimento e a motivação dos seus recursos humanos, melhorar a eficiência económico-financeira, promovendo a eficiência e a eficácia da utilização dos recursos de que dispõe.

O hospital onde este estágio se insere tem subjacente o modelo de vida de Nancy Roper. Os programas informáticos utilizados pelos enfermeiros são o Sclinico, o GHAF (gestão hospitalar de armazém e farmácia) onde são efetuados os registos referentes aos cuidados prestados e

medicamentos administrados, e os sistemas de diagnóstico Weblab e SyngoPlaza para visualização de imagens radiológicas. A linguagem utilizada no programa SClínico é a linguagem CIPE-SAPE (classificação internacional para a prática de enfermagem-sistema de apoio para a prática de enfermagem).

O Sclínico não possui intervenções específicas para a ER, sendo toda a prática da reabilitação registada em nota geral no processo informático do doente/pessoa.

O Estágio Final teve uma duração de 16 semanas, divididos em dois campos de estágios, os quais se dividiram em 10 semanas na área da neurologia com a realização do projeto, sendo as últimas 6 semanas em ortopedia cujo campo de estágio se integrou igualmente no centro hospitalar universitário do Algarve (CHUA).

O serviço de medicina onde se realizaram as primeiras 10 semanas de estágio, acolhe uma população muito diversa, no entanto o autocuidado marcha foi transversal a toda essa população, que na sua maioria padeciam de alterações neurológicas.

Os serviços de medicina são fundamentais na aquisição de competências, pois possibilitam o contacto com diversas patologias, e com grupos populacionais de várias faixas etárias, condição social, etnia, sendo possível a precessão da adequação de planos de cuidados de reabilitação e readaptação funcional personalizados atendendo a pessoa em todas as suas vertentes, física, social, psicológica, e fatores predisponíveis.

O local onde se realizou este estágio final, trata-se como já referido, de uma medicina, estando esta direccionada para as mais diversas patologias. O serviço é constituído por 30 camas distribuídas por 2 equipas médicas as quais pertencem 15 doentes/pessoas para cada uma das equipas.

A equipa de enfermagem é constituída pelo enfermeira chefe, especialista em medicina cirúrgica e uma enfermeira substituta graduada, possui um elemento especialista em ER, que presta exclusivamente cuidados de reabilitação. Em cada turno existe também um elemento como chefe de equipa designado pelo chefe sendo o critério a hierarquia no serviço.

Os serviços dispõem de algum equipamento para a prática especializada de reabilitação, como equipamentos de transferência (elevador; tabua, cintos, lençol deslizante cadeiras de duche; cadeiras de rodas, com apoio e sem apoio podal). Auxiliares de marcha (andarrilhos, quadripés, tripés, bengalas).

Dispositivos para reeducação funcional respiratória (RFR) (bastões, espirômetros). Possui algum material para reabilitar a motricidade fina construído e adaptado pela enfermeira especialista, com material em uso no serviço e trazido pela própria do exterior, nem sempre todos os equipamentos necessários para a reabilitação são fornecidos pelo hospital.

Possui ainda algum material para os exercícios de fortalecimento muscular (faixas elásticas de vários graus de intensidade, pesos de areia, pedaleira) possui ainda bolas terapêuticas de vários tamanhos e faixas de chão para treino de equilíbrio.

Todas as camas neste serviço são articuladas facilitando a mobilização segura do doente/pessoa e o esforço mínimo dos profissionais de saúde. Possui também vários cadeirões reclináveis, vários planos de trabalho alguns deles coloridos para estimulação do doente/pessoa, ajudando estes também na estabilização do doente/pessoa quando sentado evitando a inclinação anterior do tronco.

A distribuição de doentes por enfermeiros e contabilizada em horas de cuidados em Sclínico, esta distribuição é feita pelo enfermeiro chefe ou pelo elemento que na sua ausência o substitui.

Ao longo das 10 semanas foram acolhidas pessoas com as mais diversas patologias: pneumonias adquiridas na comunidade; Insuficiências cardíacas; pneumonias associadas aos cuidados de saúde; distúrbios eletrolíticos; rabdomiolises; acidentes vasculares cerebrais; polineuropatias alcoólicas (...), de entre as patologias descritas o AVC foi a que mais se evidenciou, com um elevado número de casos.

Na admissão foi realizado o acolhimento ao doente/pessoa, mostrando-lhe o quarto, a sua cama. É realizada a avaliação inicial e realizado um plano de cuidados de acordo com o avaliado em termos de dependências e de acordo com o diagnóstico clínico.

O EEER, elabora para o doente/pessoa planos de cuidados de acordo com os diagnósticos de enfermagem. Neste serviço destacou-se o AVC como principal causa de internamento.

O mesmo acolhimento é realizado aos familiares, explicando a hora das visitas e informando os familiares que podem trazer os objetos pessoais do seu familiar para que este se sinta mais confortável, são também informados da importância de não fornecer comida do exterior sem informar os profissionais, e da hora da visita médica para poderem obter informações.

O enfermeiro de reabilitação avalia igualmente a pessoa de uma forma mais sucinta, avalia as suas dependências e elabora um plano de cuidados de acordo com os défices avaliados e

diagnóstico clínico, elabora diagnósticos de enfermagem e avalia a sua evolução através de escalas da funcionalidade.

A avaliação da pessoa não é apenas no contexto físico, o contexto social, as condições de habitação são extremamente importantes para o planeamento da alta, é necessário reunir todos os elementos referentes a alta para programar o tipo de ajudas que a pessoa irá necessitar.

Por vezes é necessário a família fazer alterações na residência da pessoa, quando esta possui degraus a entrada, andares de escadas sem quartos no rés do chão, casas de banho com obstáculos como banheiras, polibãs com rebordo alto.

O início de qualquer atividade é sempre realizado pelo enfermeiro de reabilitação, como por exemplo: A avaliação da força do equilíbrio, a primeira transferência, no sentido de informar os colegas do apoio que a pessoa necessita, se segunda ou terceira pessoa, quais as ajudas técnicas.

A primeira marcha é realizada pelo ER que posteriormente informara-os se é eficaz, qual o risco de queda, a primeira alimentação também é administrada pelo ER que deteta a existência ou não de compromisso na deglutição, sendo esses os momentos em que o ER avalia a capacidade funcional da pessoa para os autocuidados.

Aquando da alta do doente/pessoa, é associada uma nota de ER sobre o progresso do doente/pessoa durante o internamento, esta nota é realizada sempre que o doente/pessoa é encaminhado para uma unidade de cuidados continuados (UCC).

A Enfermagem de Reabilitação é uma mais-valia, dadas as necessidades específicas da população nesta área singular de atuação. Será importante e necessária uma maior afetação destes recursos humanos especializados para as áreas específicas e necessidades existentes.

O plano de nacional de Saúde (PNS 2020) prevê a redução da mortalidade prematura abaixo dos 70 anos, a melhoria da esperança de vida saudável (aos 65 anos), tendo em vista a obtenção de mais valor em saúde (Directorate-General of Health, 2015).

Dada a realidade da existência de uma população cada vez mais envelhecida e com maiores necessidades inerentes a este processo, o enfermeiro de reabilitação tem um papel primordial na manutenção e melhoria da qualidade de vida desta população, um bom exemplo são as situações de AVC que surgem entre as principais causas de incapacidade, desmoronando ideais de realização pessoal e consequente alteração funcional(Vitor, Lopes, & Araujo, 2010).

Mais de 25 mil doentes são internados por ano com AVC em Portugal apresentando níveis de dependência significativos, constituindo uma ameaça à qualidade de vida (Directorate-General of Health, 2015).

Neste serviço os programas de reabilitação funcional iniciam-se o mais precocemente possível, respeitando as orientações e estratégias para a fase aguda da doença até às 48 horas ou após estabilização hemodinâmica da pessoa, sempre respeitando as *guidelines* mais recentes, e indicações médicas.

O ER presta cuidados de enfermagem direccionando as suas intervenções para a reabilitação funcional física, respiratória e articulação com a equipa de gestão de altas (EGA).

Ao longo das 10 semanas verificou-se que o AVC preenche o mais número de ocupação no serviço, verificou-se também que a idade das pessoas internadas com este diagnóstico fica entre os 65 e os 88 anos dando uma média de idades de 74 anos.

Para além das intervenções planeadas no projeto de intervenção profissional, o serviço onde decorreu o estágio rege-se por normas e critérios próprios de avaliação da pessoa/doente que também estes foram seguidos.

Inicialmente a *Stroke Scale do National Institute of Health (NIHSS)* é usada pelo medico acolhedor da pessoa no serviço de urgência, e posteriormente o ER fara a sua avaliação da pessoa no primeiro contacto, confirmando possíveis progressões ou regressões.

Esta escala é usada por profissionais habilitados com formação para o uso da mesma, como descrito no guia orientador utilizado na avaliação da pessoa em situação de AVC (DGS, 2010).

Este instrumento de trabalho é constituído por 11 itens de avaliação dos défices neurológicos, em pessoas em situação de AVC, relativamente ao nível de consciência, campos visuais, movimentos oculares, simetria da face, força muscular, coordenação motora, sensibilidade, linguagem, extinção/desatenção. Possibilita uma avaliação quantitativa das alterações neurológicas mediante a capacidade da pessoa para responder a questões e efetuar o que é solicitado.

Os doentes internados na medicina são provenientes das mais diversas zonal do Barlavento e Sotavento Algarvio.

Todos os doentes internados são provenientes do serviço de urgência onde deram entrada pelas mais diversas causas, neste caso específico por AVC.

Recomenda-se que a reabilitação da pessoa com AVC aconteça de forma precoce e em toda a sua integralidade.

A pessoa com alterações decorrentes de um AVC pode apresentar diversas limitações em consequência do evento, e a recuperação é diferente em cada caso.

O tratamento médico imediato, associado à reabilitação adequada, pode minimizar as incapacidades, evitar sequelas e proporcionar à pessoa o retorno breve às suas atividades e reintegração social (Ministério da Saúde do Brasil, 2013).

A avaliação da pessoa vítima de AVC é realizada com foco no potencial da pessoa, nos ganhos em saúde e não da deficiência em si, a reabilitação parte de um trabalho em parceria com a família e/ou cuidadores permitindo o diagnóstico funcional mais adequado à autonomia da pessoa (Ministério da Saúde do Brasil, 2013).

Para identificação do nível de acometimento destas funções é estritamente necessário que a avaliação da pessoa que sofreu um ou mais eventos de AVC seja feita pela equipa interdisciplinar, Fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta da fala, assistente social, EGA no sentido de favorecer a recuperação e também proporcionar compensações e funcionalidade.

3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS

A enfermagem de reabilitação é um processo educativo, dinâmico, contínuo e progressivo que ambiciona a recuperação funcional da pessoa, a reintegração na família, comunidade e sociedade (Menoita, Sousa, Alvo & Marques-Vieira, 2012).

A reabilitação entra no AVC voltando-se para o restabelecimento da independência da pessoa ou recuperação do seu nível de função pré lesão ou pré incapacidade, para tal, a funcionalidade da pessoa e o diagnóstico das alterações que determinam limitações da sua atividade determinam os cuidados ou intervenções a implementar, assim como a monitorização de planos de ER, garantem que os resultados esperados são atingidos (Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro da OE, 2011), (Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Após o AVC, é indiscutível a importância da reabilitação, intervindo precocemente na reeducação dos movimentos e o equilíbrio postural. Conhecer os fatores de risco do AVC é essencial para prevenir a sua ocorrência.

O regulamento dos padrões de qualidade da ordem dos enfermeiros para os cuidados especializados em enfermagem de reabilitação refere que *“na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação persegue os mais elevados níveis de satisfação da pessoa”* como sendo a procura permanente da excelência no exercício profissional.

Dada a importância da doença vascular cerebral como sendo a primeira causa de morte em Portugal a DGS elabora um manual em que se sistematizam os passos a seguir “itinerário” desde a suspeita de AVC, passando pelo tratamento agudo, até ao encaminhamento após a alta hospitalar, nesse sentido o conhecimento da sua fisiopatologia e de extrema (Itinerários Clínicos, AVC 2010).

A literatura argumenta que capacitando a pessoa para a mobilidade se previne a imobilidade, evidenciando os objetivos dos cuidados de ER na melhoria da coordenação de movimentos, propriocepção, equilíbrio e tolerância, manutenção da força muscular e da força conjugada com a flexibilidade, aplicando um plano de exercícios de amplitude de movimento, sugerindo que

estes podem ajudar a manter e ou recuperar a propriocepção, força muscular, o equilíbrio e a mobilidade levando a uma marcha eficaz (Cunha, 2014; Baptista, 2017).

A reabilitação entra no AVC voltando-se para o restabelecimento da independência da pessoa ou recuperação do seu nível de função pré lesão ou pré incapacidade (Branco, Santos 2010).

Segundo a Direção Geral de Saúde (2011), a admissão de um doente após AVC num programa de reabilitação deve cumprir os seguintes critérios: Estabilidade clínica e sem risco de descompensação cardiopulmonar; Existência de défices funcionais; Capacidade de aprender e memorizar programas de reabilitação, com novos esquemas motores e sensoriais e motivação para os mesmos; Capacidade física para tolerar o programa de reabilitação, e para participar ativamente o mesmo; Complicações clínicas como a espasticidade e dor, consequente deterioração do estado funcional prévio.

O sucesso da reabilitação segundo Davies (1996), citado por Menoita (2012), depende, não só das sessões de exercícios, mas também do que acontece ao doente/pessoa durante as restantes horas do dia e da noite. Até a posição em que o doente dorme pode fazer uma diferença notável no resultado final.

A reabilitação motora na pessoa/doente com alterações funcionais tem por objetivos evitar ou diminuir a instalação insidiosa da espasticidade, treinar o equilíbrio, estimular a sensibilidade, reeducar o mecanismo reflexo-postural e estimular os movimentos voluntários do lado afetado (Menoita, 2012).

Para Menoita, (2012), para atingir estes objetivos o enfermeiro de reabilitação tem de recorrer a diversas estratégias/ técnica de acordo com a situação do doente e desenvolver atividades como: facilitação cruzada; indução de restrições; estimulação sensorial; programa de mobilizações; posicionamento em padrão anti-espástico.

Atividades terapêuticas como: rolamentos; ponte; rotação controlada da coxofemoral; automobilização; exercícios de equilíbrio; transferências; treino de marcha; exercícios terapêuticos com bola suíça.

A reabilitação deve ser planeada em colaboração com o doente e cuidadores, pois eles devem participar no processo de reabilitação que é centrado num objetivo o doente.

Para que isso seja eficaz, os doentes e cuidadores devem ter acesso a toda a informação médica e de enfermagem em todos os níveis e para todas as fases de reabilitação.

As alterações da força muscular, do equilíbrio corporal são alterações que impossibilitam a capacidade do doente/pessoa para o autocuidado marcha. Para alcançar benefícios na capacitação da pessoa para esse autocuidado é necessário intervir nas restantes alterações.

A taxa de incidência de complicações decorrentes de longos períodos de imobilidade tem contribuído significativamente para a redução da sua qualidade de vida da pessoa, declínio da sua capacidade funcional, aumento dos custos hospitalares, aumento da taxa de mortalidade e consequentes necessidades aumentadas de reabilitação funcional tanto física como respiratória tanto no período de internamento como no pós-alta hospitalar.

A mobilização precoce tem sido documentada e sustentada pela bibliografia atual como uma intervenção segura, eficaz e eficiente na prevenção dos efeitos danosos da imobilidade, constituindo um desafio atual para os enfermeiros de reabilitação, neste sentido é primordial a estruturação de planos de exercícios específicos, individualizados e devidamente estruturados que deem resposta a esta problemática, por muitos considerada um dos problemas de saúde pública (Batista, 2017).

A mobilidade pode ser definida como a capacidade que a pessoa tem de interagir com o meio de uma maneira flexível e adaptável» Hoeman S. P., (2011) citado por (Guia boas praticas Ordem dos Enfermeiros, 2013). Numa abordagem holística, o movimento tem parâmetros físicos, cognitivos, psicológicos, sociais, políticos, temporais e ambientais.

A alternância entre a atividade e o repouso é uma condição fundamental da vida humana. A atividade fisiológica normal do organismo é assegurada através da mobilidade, sendo esta dependente do bom funcionamento dos diversos sistemas.

A mobilidade é fundamental para o desempenho dos autocuidados, e para garantir também o preenchimento das necessidades psicossociais que envolvem a qualidade de vida.

Segundo Kleiner, Ayres, & Saraiva, (2008), citado por OE, (2013) a mobilidade funcional é «um meio pelo qual um indivíduo se move no ambiente para obter uma interação diária com a família e a sociedade, é a habilidade do indivíduo para mover o seu corpo de forma competente e independente, durante as tarefas do dia-a-dia».

A mobilidade funcional pode estar alterada em consequência da situação física ou clínica resultante de determinadas patologias, lesões ou cirurgia e reveste-se de um carácter negativo com repercussões reconhecidas.

No entanto, em algumas situações de traumatismo, fraturas ou doenças agudas, o repouso (enquanto prescrição para a restrição da mobilidade) a curto prazo pode ter um efeito benéfico no tratamento.

Intervenções de Enfermagem de Reabilitação nas Alteração da Força Muscular

Com o envelhecimento, ocorre a diminuição da força muscular e das fibras de contração rápida, as quais atuam no controle postural. O peso do músculo diminui, o mesmo ocorrendo com sua área e secção, demonstrando perda de massa muscular.

A força muscular é a capacidade que o músculo tem em produzir tensão suficiente para provocar movimento ou manter a postura, resultado das propriedades músculo-esqueléticas e da ativação neuronal.

A redução da Força muscular é um fator que condiciona a marcha, e a realização dos autocuidados comprometendo de forma direta a independência funcional.

Para Afonso, (2012) citado por Esteves, (2018), o déficit da força e resistência muscular decorrem de alterações neurofisiológicas relacionadas com a ativação neuronal, traduzidas por diferenças significativas entre o recrutamento de unidades motoras no membro afetado comparativamente ao membro não afetado, indicando a incapacidade do sistema nervoso central para modular a frequência de exercícios terapêuticos no doente após AVC.

Segundo Piassaroli et al., (2012) citado por Esteves, (2018) padrões de ativação muscular alterados podem variar entre a incapacidade total de conseguir alguma contração visível e o comprometimento mensurável na produção de força.

Défices na programação motora uma vez que, o hemisfério esquerdo, responsável por iniciar e executar movimentos voluntários, incapacita o doente de executar sequências complexas de movimento, já o hemisfério direito, responsável pela sustentação dos movimentos, promove distúrbios do controlo postural e do equilíbrio, uma vez que no doente com AVC a maior parte do peso tende a ser transferida para o lado não parético.

De acordo com Menoita (2012) e DGS (2010), os rolamentos no leito devem ser dos primeiros exercícios a realizar com os doentes com AVC, uma vez que também são os movimentos que a pessoa inicia de forma espontânea para se virar no leito.

A sua realização estimula a ação voluntária dos músculos do tronco, a sensibilidade postural, reeduca o reflexo postural e o esquema corporal e permite também aos doentes adquirir maior independência no leito, devendo ser realizados para o lado afetado e para o lado não afetado.

A atividade terapêutica da ponte, segundo Menoita (2012), apresenta um papel fundamental no treino dos doentes para passarem da posição de sentados à posição ortostática.

A mesma promove a facilitação da elevação da bacia, ativa a musculatura do tronco do lado afetado e estimula a sensibilidade postural, podendo ser realizada para a colocação da arrastadeira.

Em alternativa a esta atividade terapêutica, e para as pessoas com patologia cardíaca, pode ser realizada a rotação controlada da articulação coxofemoral.

Exercícios como pedaleira, exercícios de flexão e extensão dos membros superiores com recurso a pesos são importantes, na exercitação força e resistência muscular.

Intervenções de Enfermagem de Reabilitação nas Alterações do Equilíbrio Corporal

O equilíbrio postural é definido como a capacidade de manter o centro de massa no interior da base de apoio.

O equilíbrio é um processo complexo que depende da integração da visão, do sistema vestibular e sistema nervoso periférico, dos comandos centrais, das respostas neuromusculares e, particularmente, da força muscular e do tempo de reação.

Para obter um melhor equilíbrio, a pessoa procura manter o seu centro de massa corporal dentro dos seus limites de estabilidade, sendo esta determinada pela habilidade em controlar a postura sem alterar a base de suporte.

As alterações do equilíbrio encontram-se entre os principais problemas que surgem após o AVC, sendo um fator relevante na recuperação da postura, nas transferências, na posição de sentado, em pé e posteriormente durante a marcha.

O controlo postural caracteriza-se pela manutenção do equilíbrio (dinâmico e estático), este mecanismo é o pilar para a concretização dos movimentos voluntários normais específicos, depende de um trabalho muscular contínuo com a finalidade de vencer a gravidade, manter o tónus postural normal e assegurar a capacidade de realizar movimentos seletivos.

Este mecanismo é caracterizado pela existência de três grupos de reações posturais automáticas, as reações de retificação, reações de equilíbrio e por último as reações de extensão protetiva. As primeiras possibilitam manter a cabeça numa posição ereta no espaço, assim como o seu alinhamento postural relativamente ao pescoço, tronco e membros.

As reações de equilíbrio caracterizam-se por respostas automáticas e alterações de postura e movimento de grande complexidade, com a finalidade de recuperar o equilíbrio.

O equilíbrio corporal é um fator fundamental para a orientação da pessoa no espaço envolvente, e um processo automático e espontâneo que possibilita à pessoa mover-se no meio ambiente.

O sistema nervoso central precisa da perceção do desenho interno da posição dos segmentos corporais, uns em relação aos outros e destes em relação ao espaço.

A manutenção do equilíbrio do corpo no espaço é um fenómeno complexo que depende da integração de várias estruturas como o sistema motor, a sensibilidade propriocetiva, o aparelho vestibular e a visão.

As reações de extensão protetiva são também reações automáticas sendo despoletadas quando o centro de gravidade é desviado para fora da base de sustentação, bem como quando as reações de equilíbrio e de retificação se mostram insuficientes (Branco e Santos, 2010).

O equilíbrio estático refere-se ao controlo da oscilação postural durante uma posição imóvel, no equilíbrio dinâmico, existe o uso de informações internas e externas para reagir a alterações da estabilidade (Morgado, 2018).

Para Branco e Santos, (2010) citado por Morgado (2018), o equilíbrio é um dos componentes necessários para o mecanismo de controlo postural, esta é a base para a realização dos movimentos voluntários normais especializados, estando dependente de um trabalho muscular contínuo no sentido de vencer a gravidade, bem como, de um tónus postural normal e da capacidade de efetuar movimentos.

Para Ruwer et al., (2005, citado por Morgado 2018), as manifestações dos distúrbios do equilíbrio corporal podem conduzir à redução de autonomia social da pessoa afetada, pela diminuição na sua capacidade em realizar os autocuidados e pela predisposição a quedas e suas consequências físicas que dela resultam, trazendo sofrimento, imobilidade corporal, receio por parte da pessoa de ser novamente vítima de queda.

O alinhamento corporal que diz respeito a posição em que o corpo e seus segmentos corporais são colocados respeitando a sua anatomia e fisiologia diminuindo assim também a força sobre as articulações, tendões, ligamentos e músculos. Estes mantêm a tonicidade muscular e contribuem para a estabilidade.

O equilíbrio refere-se à posição do corpo em que o peso se encontra dividido equitativamente pela superfície de apoio e que permite manter a postura correta.

O equilíbrio constitui três componentes: base de sustentação, centro de gravidade e linha de gravidade (Potter & Perry, 2006; Lemos, Teixeira, & Mota, 2009).

A base de sustentação é a área onde a pessoa está apoiada. Quanto maior for a base de sustentação, maior será a estabilidade alcançada.

Na adoção de uma correta base de sustentação deve ter-se também em conta a posição e a orientação dos pés, que devem estar virados no sentido do movimento.

A boa articulação de todos estes princípios permite a obtenção de uma postura correta com alinhamento e equilíbrio perfeito, facilitando o início da marcha segura.

A pessoa vítima de AVC têm uma redução do equilíbrio por causa da diminuição da estabilidade postural, a assimetria da distribuição do peso-rolamento em pé e diminuição do equilíbrio dinâmico de pé. Além disso, os doentes/pessoas com AVC também têm uma redução nos seus limites de estabilidade, que é definida como a distância máxima que um indivíduo pode deslocar o seu peso em qualquer direção sem perder o equilíbrio.

No AVC as alterações do equilíbrio influenciam diretamente a execução da marcha e a capacidade de realização das atividades da vida diária aumentando o risco de quedas, constituindo uma das complicações frequentes após o AVC com aumento da imobilidade e perda de capacidade funcional (Ferreira 2012).

A aplicação de um programa de exercícios de equilíbrio tem como objetivos principais reeducar o mecanismo reflexo-postural, estimular a sensibilidade postural ao fazer carga no membro superior e inferior, inibir a espasticidade, estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado, prepara o doente/pessoa para a marcha (Menoita, 2012).

Exercícios como a ponte devem ser iniciados precocemente pois têm um papel importante no treino da pessoa, ajudando o doente a passar às posições de sentado e ortostática.

A ponte previne a rotação externa do membro inferior, inibe a espasticidade em extensão no membro inferior afetado, facilita a elevação da bacia, ativa a musculatura do tronco do lado afetado, estimula a sensibilidade postural, fortalece os músculos para assumir a posição ortostática, evitando a marcha helicópode (Menoita, 2012).

A bola suíça é também um instrumento muito útil na reabilitação dos doentes com AVC, pois esta pode ser usada para tratar, diagnosticar e analisar problemas de equilíbrio.

É também um instrumento fundamental no trabalho do controlo postural e da força muscular (Carrière, 1999; Menoita, 2012).

Intervenções de Enfermagem de Reabilitação nas Alterações da Marcha

O treino da marcha deve ser introduzido após o doente conseguir ficar de pé, mantendo o equilíbrio, e tomar consciência do seu corpo, de modo a que possa corrigir posturas incorretas (Menoita, 2012).

A força muscular diminui até 15% por semana aquando da imobilidade.

A redução de atividade muscular compromete a irrigação sanguínea e a atividade metabólica, com diminuição do débito de oxigénio e atrofia muscular (OE, 2009).

Os cuidados de enfermagem de reabilitação, mais especificamente o treino de exercícios isométricos e terapêuticos tem uma função importante na preparação dos grupos musculares envolvidos na marcha um plano pode incluir exercícios isométricos e terapêuticos destinam-se a preparar os músculos recrutados na marcha.

Branco e Santos (2010) defendem que a preparação para a marcha, deverá ser antecedida por um programa de reabilitação que deverá incluir contrações isométricas, mobilizações passivas, ativas, ativas assistidas e ativas resistidas, rolar no leito para o lado são e para o afetado, ponte e treino de equilíbrio sentado e em pé.

As transferências de peso dos membros superiores e inferiores não afetados para os membros afetados também são de grande importância, pois promovem a estimulação da sensibilidade postural.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação antes de iniciar a marcha com a pessoa deve dar especial atenção à segurança do ambiente envolvente, mais especificamente ao chão molhado, escorregadio ou irregular de forma a prevenir acidentes como as quedas.

É importante a eliminação de obstáculos, dar preferência ao uso de sapatos fechados e antiderrapantes, se possível.

A marcha numa fase inicial deve ser assistida pelo enfermeiro, colocando as mãos ao nível da anca da pessoa, proporcionando-lhe suporte pélvico.

Deve trancar os antebraços da pessoa com auxílio dos seus, apoiando e controlando em simultâneo os movimentos da anca, desta forma o enfermeiro ajuda a pessoa a transferir o peso corretamente para a frente e para o lado (Menoita et al, 2012).

Quando a capacidade da pessoa por si só não permite uma marcha eficaz, torna-se necessário o recurso a produtos de apoio de modo a compensar essa limitação, visando a independência nas AVD's (Branco e Santos, 2010).

A escolha do auxiliar de marcha depende de cada pessoa, da sua situação clínica e das suas capacidades no momento em que se inicia o treino.

Para realizar a marcha com recurso a produtos de apoio exige-se o domínio dessa técnica, a qual assenta nos seguintes princípios: a pessoa coloca-se na posição de pé com o peso distribuído por ambos os membros e também pelo membro que segura o auxiliar de marcha. Este deverá ser segurado com a mão não afetada, seguidamente avança o auxiliar de marcha 10 a 15 cm, depois avança o membro afetado até este, suportando o peso do corpo no membro afetado e no auxiliar de marcha, de seguida avança o membro não afetado ligeiramente à frente do auxiliar de marcha, iniciando-se o ciclo de novo até a pessoa percorrer a distância pretendida.

3.1. Autocuidado

A reabilitação é definida por Hesbeen (2003) citado por Rodrigues (2012) como a ciência e arte da gestão dos obstáculos potenciadores de desvantagem.

As suas múltiplas características fazem com que a arte de cuidar, e em especial a arte em enfermagem assumam um papel importante para o seu desenvolvimento e afirmação.

A enfermagem de reabilitação é uma área de intervenção que previne, recupera e capacita a pessoa com doença súbita ou descompensação do processo crónico, que provoquem alterações funcionais ao nível motor, sensitivo, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, eliminação e da sexualidade, promovendo a maximização das capacidades funcionais da pessoa e potencializando o seu rendimento e desenvolvimento (Reabilitação Padrão Documental Dos Cuidados Enfermagem Da Especialidade De Enfermagem De Reabilitação, 2015).

O colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, através do Regulamento nº 125/2011, define as competências dos EEER, que visam cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do seu ciclo de vida, capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrições de participação para a reinserção social e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A reabilitação é uma das inúmeras funções da enfermagem, que busca no indivíduo a independência para a realização do autocuidado.

A habilidade para a realização do autocuidado é frequentemente a chave para a independência, para o retorno ao lar e para a vida em sociedade.

Atendendo ao facto deste relatório incidir nos autocuidados e na capacitação dos doentes/pessoas, para a sua realização foi necessário seguir o modelo teórico seguido pela reabilitação no local de estágio.

A teoria do défice de autocuidado define que a necessidade de cuidados de enfermagem está associada à subjetividade da maturidade da pessoa em relação às limitações da ação relacionadas com a saúde ou com os cuidados de saúde, pelo que estas limitações deixam a pessoa completa ou parcialmente incapaz de cuidar de si própria (Silva et al., 2009).

Esta noção constitui a essência da teoria geral do déficit de autocuidado, uma vez que determina a necessidade da intervenção de enfermagem quando as exigências de autocuidado são maiores do que a capacidade da pessoa para desenvolver esse mesmo autocuidado (Queirós et al., 2014).

O entendimento dos objetivos dessa teoria está diretamente relacionado com a compreensão dos conceitos de autocuidado, ação de autocuidado, fatores condicionantes básicos e demanda terapêutica de autocuidado.

Orem define que autocuidado é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar.

Quando o autocuidado é efetivamente realizado, ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humano, contribuindo para o seu desenvolvimento.

Esta capacidade de cuidar de si mesmo é afetada por fatores condicionantes básicos, como a idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sociocultural, modalidade de diagnósticos e de tratamentos, sistema familiar, padrões de vida, fatores ambientais, adequação e disponibilidade de recursos (Queirós et al., 2014).

Ainda de acordo com a teoria de enfermagem do déficit de autocuidado, esta refere que os seres humanos distinguem-se dos outros seres vivos pela sua capacidade de refletir sobre si mesmos e seu ambiente, simbolizar o que vivenciam e utilizar criações simbólicas no pensamento, na comunicação para fazer coisas que são benéficas para si mesmos e para os outros (Marques, 2015).

Essa teoria é constituída por três construtos teóricos: autocuidado, déficit de autocuidado e sistema de enfermagem.

O autocuidado descreve e explica a prática de cuidados executados pela pessoa portadora de uma necessidade para manter a saúde e o bem-estar.

O déficit de autocuidado constitui a essência da teoria geral do déficit de autocuidado por delinear a necessidade da assistência de enfermagem, e por último, o sistema de enfermagem descreve e explica como as pessoas são ajudadas por meio da enfermagem (Queirós et al., 2014).

A partir dessa perspectiva, a saúde é um estado de totalidade ou integridade que inclui o corpo, as reações emocionais, o desenvolvimento mental, as atitudes e as razões, é um estado

de integridade e inteireza que os indivíduos avaliam constantemente, é a forma pela qual uma pessoa manifesta sua existência, seu processo de vir a ser. Vir a ser pessoa é uma tarefa processual, enquanto coexistência com outros.

Envolve comunicação com o mundo, ações, o exercício do desejo humano de saber, de busca da verdade e de fazer o bem a si mesmo e aos outros.

Autocuidado é um dos aspetos do viver saudável. É a realização de ações dirigidas a si mesmo ou ao ambiente, a fim de regular o próprio funcionamento de acordo com seus interesses na vida, funcionamento integrado e bem-estar (Queirós et al., 2014).

Segundo Orem, todas as pessoas adultas saudáveis têm capacidade de se autocuidar, no entanto, quando por motivo de doença, falta de recursos ou fatores ambientais, a necessidade de autocuidado da pessoa é superior à sua capacidade de o realizar, surge a enfermagem para ajudar a pessoa a compensar o desequilíbrio existente (Queirós et al., 2014).

Conseguir viver o mais tempo possível, de forma autónoma e em sociedade, deve ser um objetivo individual da pessoa e uma responsabilidade coletiva para com a pessoa (DGS, 2004).

O autocuidado é, segundo Orem citado por (Teixeira 2012) uma função humana reguladora que deve ser desempenhada pelos próprios indivíduos, ou que alguém executa por eles, para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar.

É visto como uma ação deliberada para manter níveis de saúde e bem-estar ótimos, o que significa que engloba atividades orientadas no sentido da promoção da saúde e prevenção da doença.

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o autocuidado é definido como uma “atividade executada pelo próprio: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária” (ICN, 2011, p. 41). Envolve ações como tomar banho, vestir-se ou despir-se, alimentar-se, arranjar-se, cuidar da higiene pessoal, auto elevar, usar o sanitário, transferir-se, virar-se e usar a cadeira de rodas (ICN, 2005).

Para estes autores Orem, (2001, citado por Rafii, Shahpoorian & Azarbaad, 2008, e por Teixeira 2012) quando o indivíduo é incapaz de realizar as atividades mencionadas, ou seja, incapaz de se cuidar ou quando se autocuida com alguma dificuldade, desenvolve-se um défice

no autocuidado. Nesta perspetiva, o conceito de autocuidado é entendido como um fenómeno de saúde e foco da prática de enfermagem.

Apesar de o autocuidado ser um comportamento natural na medida em que varia de acordo com as características individuais de cada um, nem todos os indivíduos desenvolvem atividades para cuidar deles mesmos assim a existência de diferentes atitudes face ao autocuidado.

A dependência no autocuidado é um fator modificável através da melhoria do potencial de aprendizagem da pessoa, no qual a ER pode contribuir de forma significativa quer na promoção do autocuidado.

A necessidade de cuidados de reabilitação nestas populações está em desenvolvimento e constitui uma aposta para os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

Reabilitar implica, para Pereira e Santos (2008), Pereira, (2012) ajudar a pessoa a alcançar o seu próprio nível de saúde, quer pela otimização dos recursos externos, quer pela orientação prestada, promoção e desenvolvimento de todo um potencial individual capaz de contribuir para a concretização do projeto de saúde.

O autocuidado pode ser inserido em três categorias, de acordo com a patologia que altera a capacidade do indivíduo de realizar autonomamente os autocuidados.

Pode encontrar-se então o autocuidado relativo a problemas de saúde de curto prazo, a condições de longo prazo e também à necessidade de melhorar o estilo de vida para promover e maximizar a saúde (Richards, 2009).

O desempenho dos indivíduos é uma questão pessoal e muitos são os fatores que o afetam, os quais comportam um elevado grau de complexidade (fatores físicos, cognitivos, psicológicos, sociodemográficos, socioculturais, ambientais, político-económicos, entre outros) (Petronilho, 2012; Silva, 2007).

A aptidão para o autocuidado está relacionada com fatores intrínsecos à pessoa (idade, género, estado civil, orientação sociocultural, experiências pessoais de doença, capacidade funcional e cognitiva, a satisfação com a vida, a autoestima e a perceção de autoeficácia) e a fatores extrínsecos (recursos familiares/condições de vida, recursos da comunidade disponíveis/suporte social, o ambiente, a pessoa significativa e a eficácia das terapêuticas de enfermagem) (Petronilho, 2012; Duque, 2009; Backman & Hentinen, 2001; Backman & Hentinen, 1999).

No que respeita à pessoa/doente consideram-se os fatores intrínsecos já mencionados acrescentando-lhes a situação de saúde/doença (diagnóstico médico, duração da doença, métodos de tratamento) e a personalidade como intervenientes no fenómeno em estudo (Duque, 2009; Silva, 2007; Backman & Hentinen, 2001).

Relativamente ao enfermeiro de reabilitação, a segurança que manifesta, a capacidade de comunicação, os conhecimentos de que dispõe e a relação de confiança que estabelece com a pessoa/doente funcionam como elementos importantes para o sucesso das suas intervenções (Silva, 2007).

A pessoa/doente fica dependente de estratégias, equipamentos adaptativos ou mesmo de outrem, tendo aqui o enfermeiro de reabilitação um papel ativo na promoção da reconstrução da máxima autonomia, através do ensino, instrução e treino com estratégias e equipamentos adaptativos (Rodrigues, 2008).

De acordo com a OE (2002), os cuidados de enfermagem são declaradamente centrados na promoção da saúde, prevenção da doença, no autocuidado, na promoção dos processos de readaptação funcional à doença.

“A enfermagem é exigida quando os indivíduos necessitam de incorporar medidas de autocuidado recentemente prescritas e complexas ao seu sistema de autocuidado, cuja realização exige conhecimento e habilidade especializados, adquiridos através de treino e experiência” Orem, (1995, cit. por Silva, (2007) e o seu propósito, face à situação de doença, prende-se com a promoção da adaptação das pessoas à nova condição, orientando as suas intervenções no sentido de otimizar as capacidades e autonomias pessoais de modo a serem mantidos os melhores níveis de independência, culminando, em última instância, com a preservação da sua máxima capacidade funcional e qualidade de vida.

No autocuidado detém-se um foco de atenção por ser interpretado como um requisito universal para sustentar a vida e manter a saúde, constituindo uma determinante para a qualidade de vida e longevidade dos indivíduos (Pender, 1987; Silva, 2007).

O autocuidado é um resultado de saúde sensível à intervenção de enfermagem, com repercussões positivas na saúde e bem-estar das populações (Teixeira, 2012).

4. OBJETIVOS

Durante o estágio os objetivos foram o desenvolvimento de competências gerais e específicas em enfermagem de reabilitação, através da planificação dos cuidados e implementação dos mesmos, pondo em prática no campo, conhecimentos teóricos adquiridos na parte presencial e prática do curso.

Os conhecimentos adquiridos possibilitaram a identificação de problemas nos quais a intervenção do ER deve intervir evidenciando os resultados como ganhos em saúde.

Neste estágio final, são postas em prática as competências comuns do enfermeiro especialista, de especialista em reabilitação, e as competências de mestre.

É esperado pela escola, atendendo aos objetivos definidos para esta unidade curricular que o mestrando seja capaz de:

- Adquirir conhecimentos de forma a realizar a avaliação dos doentes de forma sistemática.
- Melhorar a capacidade de utilização de escalas/ instrumentos de recolha de dados.
- Capacidades de intervenção e treino das capacidades dos doentes/pessoas.
- Dominar o uso de auxiliares/ajudas técnicas.
- Melhorar a capacidade de registos e uso de linguagem adequada à prática de enfermagem de reabilitação.
- Adquirir capacidade de planeamento.
- Melhorar as competências da equipa.
- Capacidade análise crítica e reflexiva sobre os cuidados de reabilitação prestados.
- Capacidade de utilizar o conhecimento mais recentes.

A atividade marcha é de especial importância dada a sua prevalência em quase metade dos doentes.

A Escala de Barthel é avaliada no serviço pela enfermeira especialista em reabilitação, verificando um aumento da intendência funcional na maioria das situações em comparação a avaliação inicial.

Nesse contexto, deve ser considerada a diversidade de alterações secundárias ao AVC, como

os comprometimentos de força, equilíbrio, capacidade de descocar, e de execução dos autocuidados autonomamente.

A capacitação da pessoa para o autocuidado marcha, é uma intervenção que merece especial atenção por parte do EEER, são necessários vários instrumentos de avaliação, vários planos de cuidados adaptados à pessoa com um planeamento adequado até chegarmos a uma marcha eficaz.

A eficácia do autocuidado marcha, implica que a pessoa a tenha capacidade de se mobilizar de manter o equilíbrio corporal, e a força muscular.

Para a realização deste estágio e implementação deste projeto foi necessário a formulação da questão.

Avaliar o grau de eficácia de um plano de exercícios de reabilitação funcional no compromisso do autocuidado marcha

Os objetivos definidos tiveram como ponto de partida a questão acima formulada. Foram definidos como objetivos para a elaboração deste relatório final os seguintes:

- Melhorar as alterações da propriocepção na pessoa vítima de AVC;
- Melhorar as alterações da força muscular na pessoa vítima de AVC;
- Melhorar as alterações do equilíbrio corporal na pessoa vítima de AVC;
- Identificar as alterações na transferência da pessoa vítima de AVC;
- Capacitação da pessoa vítima de AVC para o autocuidado marcha;
- Ensino instrução e treino dos défices avaliados na pessoa vítima de AVC capacitando a pessoa para os autocuidados.

5. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O projeto tem por objetivo melhorar a capacidade do doente/pessoa vítima de AVC para o autocuidado marcha, para isso delineou-se um plano de intervenção baseado na mais recente evidência científica justificando-se a sua aplicação e medicação dos resultados.

5.1. Autocuidado Marcha

Para andar é necessário que a pessoa tenha a capacidade em reconhecer a localização espacial do seu corpo, a sua posição e orientação, a força exercida pelos músculos e a posição de cada parte do corpo em relação às demais, sem utilizar a visão.

Este tipo específico de percepção permite a manutenção do equilíbrio postural.

O padrão da marcha é bem definido e característico de cada pessoa, sendo percebido como elementar, na realização dos autocuidados desta forma a recuperação da capacidade de andar é de extrema importância para quem sofreu um AVC (Branco e Santos, 2010).

Alterações nos padrões de marcha são frequentes na pessoa com algum tipo de sequela motora nos membros inferiores.

Podem ocorrer alterações no perfil e ritmo do ciclo de passadas procedentes da perda ou diminuição do controle da musculatura. A enfermagem pode utilizar-se do sistema de apoio e educação de Orem para realizar ações de educação em saúde acerca da forma com que os doentes/pessoas deveriam conduzir a marcha (Lessmann et al.,2011).

A marcha é a meta funcional primária para o doente com AVC, por isso é fundamental investir no seu treino.

O treino da marcha tem como objetivos readquirir o padrão automático perdido e promover a independência a nível da locomoção e segurança a um dispêndio de energia razoável.

Segundo Carnevalli (citada pela OE 2009), as causas de imobilidade, podem ser subdivididas em 4 áreas, sendo elas de ordem: física, emocional, intelectual e social.

De ordem física são aquelas que podem surgir devido à condição física da pessoa, das suas necessidades terapêuticas e/ou de se manter num espaço restrito.

As de ordem emocional podem emergir de situações de tensão emocional que podem levar a um estado de paralisia emocional.

Por sua vez, as causas de ordem intelectual são aquelas que surgem devido à falta de conhecimentos relativamente à doença e concomitantemente ao processo de reabilitação, limitações na capacidade de aprendizagem, patologias que afetam o processo de pensamento, crenças e valores da cultura da pessoa que a impedem de compreender a doença e o respetivo tratamento (Lima, 2014).

Por último, podemos assinalar também as causas de ordem social, que são aquelas que podem surgir devido a restrições nos padrões de interação social normal da pessoa, submetendo-a ao isolamento, como consequência da sua doença, da natureza do tratamento, da acessibilidade aos cuidados de saúde e da resposta pessoal ao processo de doença.

O funcionamento fisiológico dos mecanismos que em conjunto desencadeiam o processo normal da marcha, como o tônus muscular, o controlo postural, a coordenação motora, a força muscular, o equilíbrio e o sistema sensorial, provêm da ação do SNC. Nesta lógica, uma afeção neurológica que comprometa diretamente estas áreas específicas desencadeiam alterações na marcha, o que condiciona a independência da pessoa, uma vez que estas dependem da sua capacidade em manter o ortostatismo e o movimento.

Fan, Zanni, Dennison, Lepre, & Needham, (2009 citado por OE, 2013) refere que *“O compromisso da mobilidade física, relacionada com a doença/traumatismo ou como consequência do processo de envelhecimento, tem consequências na fisiologia humana ao nível dos diferentes sistemas. Mesmo em adultos saudáveis, os efeitos da imobilização prolongada e atrofia por desuso são, por si só, muitas vezes persistentes e precisam de recondicionamento físico intensivo para permitir o regresso ao seu nível basal de funcionamento.”*

O guia boas práticas ordem dos enfermeiros (2013) salienta que os avanços científicos e tecnológicos evidenciam uma tendência para que a prescrição da restrição da mobilidade, como coadjuvante do processo terapêutico, seja cada vez menor.

O levante precoce é essencial para restabelecer o conjunto de alterações orgânicas induzidas pela inatividade, este aspeto torna-se particularmente importante na pessoa idosa, reconhecidamente mais vulnerável aos efeitos das alterações da mobilidade, no entanto pessoas com um estilo de vida associado ao sedentarismo podem igualmente desencadear fenómenos fisiopatológicos associados à imobilidade, contudo, as pessoas mais expostas são os portadores de deficiência, doenças crónicas e idosos (OE, 2013).

Para que a pessoa possa efetuar um padrão de marcha eficaz e com segurança terá que ter já readquirido algumas funções, nomeadamente a força muscular, a sensibilidade e o equilíbrio, através de exercícios terapêuticos específicos executados pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, logo na fase inicial após o AVC.

O treino da marcha deve ter início logo que a pessoa consiga ficar de pé mantendo o equilíbrio, tomando consciência do seu corpo de modo a que consiga corrigir posturas incorretas (Menoita et al, 2012).

O treino da marcha é fundamental no sentido de reverter as alterações decorrentes do AVC, que limitam o desempenho desta atividade, particularmente o fortalecimento muscular de forma a proporcionar ganhos na amplitude de movimentos, traduzindo-se em benefícios tanto na manutenção da integridade das funções preservadas após a lesão, bem como no restabelecimento das funções alteradas.

Para Outermans et al., (2010) as pessoas que passam parte considerável do seu tempo no treino de marcha em relação a outras atividades, apresentam melhorias significativas no seu desempenho, afirmam que um programa de treino orientado para tarefas de alta intensidade, com a implementação de um alto número de repetições, projetado para melhorar a marcha hemiparética é viável e transcende um programa de baixa intensidade, em termos da capacidade e velocidade da marcha.

Os objetivos primordiais do treino de marcha têm como finalidade readquirir o padrão automático perdido e promover a independência a nível da locomoção e segurança com um dispêndio de energia razoável.

A marcha deve ser controlada em relação à postura corporal e ao tipo de deambulação que a pessoa executa no sentido de garantir uma maior eficiência e segurança, de acordo com Ovando (2009), a execução da marcha de forma independente está diretamente relacionada com o equilíbrio e a motricidade dos membros inferiores.

Durante a marcha a atividade muscular dos membros inferiores tem de ser bem coordenada para dar apoio, propulsão, equilíbrio dinâmico e o afastamento do pé.

A caracterização desta problemática é essencial pelos desafios que são hoje colocados aos enfermeiros de reabilitação na avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento da pessoa com alterações da mobilidade nos diferentes contextos da prática profissional.

“O compromisso da mobilidade física, relacionada com a doença/traumatismo ou como consequência do processo de envelhecimento, tem consequências na fisiologia humana ao nível dos diferentes sistemas” (OE, 2013).

Fan, Zanni, Dennison, Lepre, & Needham, (2009, citado por OE, 2013) fazem referência ao facto que em adultos saudáveis, os efeitos da imobilização prolongada e atrofia por desuso são, por si só, muitas vezes constantes e precisam de reabilitação física intensiva para permitir a restituição da sua capacidade funcional ao seu nível basal.

Um planeamento adequado dos cuidados de Enfermagem que inclua intervenções ao nível da manutenção da mobilidade, na lógica do autocuidado, é um contributo fundamental na prevenção destas alterações (OE, 2013).

A reabilitação inclui um grupo de profissionais, como terapeutas da fala, nutricionistas, psicólogos, enfermeiros e terapeutas ocupacionais, fisioterapeuta não sendo apenas uma ação isolada da reabilitação.

A reabilitação intervém nas áreas da mobilidade e transferências, alterações da marcha, instabilidade postural e dificuldades de equilíbrio, bloqueios na marcha, prevenção de quedas e medo de cair, fadiga e dor músculo-esquelética (Gago, 2014).

A elevada média de dias de internamento é justificada nestes casos em específico pela ausência de um bom suporte familiar, com consequente encaminhamento dos doentes para unidades de cuidados continuados de diferentes tempos de duração. Em 2014 a DGS fixou 7,8 dias de internamento para o AVC (DGS, 2017). O doente permanece no internamento até a disponibilidade de vaga em UCC.

Os casos encontrados que são predominantemente do sexo masculino vão de encontro com vários autores que descrevem que o mesmo é predominante nas pessoas do sexo masculino com idade igual ou superior a 65 anos (Menoita, 2012).

Na tabela 2 apresenta-se o programa de exercícios implementado, relativo a cada um dos deficits que foram desenvolvidos

Tabela 2- Exercícios Terapêutico

ENSINO INSTRUÇÃO E TREINO DA FORÇA MUSCULAR	DURAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a força muscular através da escala de Lawer. ▪ Exercícios de mobilidade articular no leito antes do levantar: ativos, ativos assistidos, ativos resistidos e passivos. ▪ Exercícios isotônicos e isométricos. ▪ Exercícios de mobilidade articular após o levantar, exercícios de fortalecimento muscular com carga, nos membros inferiores (flexão e extensão de um membro de cada vez) com o doente/pessoa na posição sentada. ▪ Exercícios de Push-up. (na cadeira de rodas) ▪ Fortalecimento muscular dos membros inferiores com pedaleira. 	<p>2 Avaliações (no total do internamento)</p> <p>2 Ciclos de 10 exercícios (todos os dias 2 x dia)</p> <p>15 Minutos (todos os dias)</p>
ENSINO INSTRUÇÃO E TREINO DO AUTOCUIDADO EQUILÍBRIO CORPORAL	DURAÇÃO

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar equilíbrio através da escala de Berg. ▪ Vigiar equilíbrio corporal estático e dinâmico sentado. ▪ Vigiar equilíbrio corporal estático e dinâmico em ortostatismo. ▪ Instruir pessoa para alinhamento corporal correto. ▪ Executar carga sobre o hemicorpo afetado e pedir a pessoa para contrariar. ▪ Instruir sobre inclinação do tronco para o lado são, contrariando a inclinação lateral para o lado afetado. ▪ Correção em frente a espelho durante o treino de equilíbrio. ▪ Instruir e treinar rolamentos na cama. ▪ Repetir atividade sentar e levantar (treino por repetição). ▪ Instruir sobre exercícios com bola terapêutica, deixando a bola rolar ao longo do corpo até aos pés. 	<p>3 Avaliações (no total do internamento) Antes e após a transferência</p> <p>Treino por repetição 5 minutos</p>
ENSINO INSTRUÇÃO E TREINO DO AUTOCUIDADO MARCHA	DURAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instruir e treinar o erguer-se da cama para a posição sentada e manter alinhamento corporal sentada. ▪ Instruir doente a sair da cama pelo lado não afetado e entrar na cama pelo lado mais afetado. ▪ Avaliação da capacidade para o autocuidado marcha, aplicação da escala de Holden. ▪ Ensinar instruir e treinar a marcha no corredor com chão estampado, o doente/pessoa percorre na faixa delimitada em linha reta levando um pé à frente do outro, (calcanhar com ponta). ▪ Instruir ensinar e treinar uso de auxiliares de marcha. 	<p>Todos os dias na transferência.</p> <p>3 Avaliações (no total do internamento)</p> <p>1 Corredor por dia 1corredor =50m</p>

ENSINO INSTRUÇÃO E TREINO DOS AUTOCUIDADO	DURAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação da capacidade funcional para os autocuidados, escala de Bartel. ▪ Ensino instrução e treino do autocuidado higiene e vestuário, através de instrumentos e técnicas adaptativas à condição física. (executar a higiene sentado, técnica de colocação de atacadores de calçado, uso de calçadeira) 	3 Avaliações (no total do internamento)

5.2. Metodologia

Os doentes internados na medicina são provenientes das mais diversas zonas do Barlavento e Sotavento Algarvio. Todos os doentes internados são provenientes do serviço de urgência onde deram entrada pelas mais diversas causas, neste caso específico por AVC.

Atendendo a esta prioridade surge a importância de uma abordagem sistemática, e detalhada no doente/pessoa com a marcha comprometida.

Partindo da identificação de tal compromisso, aplicou-se um programa de reabilitação cujo objetivo foi a capacitação de sete doentes/pessoas vítimas de AVC, visando a autonomia para o autocuidado marcha, avaliando os compromissos que a inviabilizam como a força muscular, e o equilíbrio, avaliação da sua evolução com recurso ao uso de escalas, escala de Lawer para avaliação da força muscular, Escala de Berg para o equilíbrio corporal, escala de Holden para avaliação da marcha, e índice de Bartel para os autocuidados, assim como a descrição dos resultados evidenciados.

Foram incluídos no estudo todos os doentes com capacidades cognitivas para ler o documento fornecido, compreender o que é explicado, concordar e por fim com capacidade para assinar o consentimento informado escrito. Constituindo-se esta uma amostra aleatória.

Todos os doentes que não reuniram estas características foram excluídos, no entanto foi-lhe igualmente prestado os mesmos cuidados de reabilitação.

Os serviços de medicina são internamentos com grande rotatividade implicando esta rotatividade a alta o mais precoce possível, sendo a referenciação dos doentes para unidades de cuidados continuados uma forma de estes continuarem a reabilitação sem ocupar uma cama no hospital.

Este trata-se de um projecto de intervenção cujo resultado da implementação do programa de exercícios implementados procura evidenciar ganhos no compromisso do autocuidado marcha.

Escala de Lower

A força muscular foi avaliada através da escala de Lower.

A escala de avaliação da força muscular de Lower (1993) avalia a força muscular em 5 graus, de zero a cinco, sendo: 0/5 -sem contração muscular e sem movimento 1/5 observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento ;2/5 tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade; 3/5 raio de movimento completa apenas contra a gravidade; 4/5 Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade; 5/5 Movimento normal contra gravidade e resistência.

Analogia com a classificação dos fenómenos de Enfermagem – Juízo, CIPE, 5/5 sem alteração, 4/5 grau reduzido, 3/3 e 2/5 grau moderado, 1/3 grau elevado, 0/5 grau muito elevado (Trindade et al., 2016).

Escala de Holden

A escala de Holden é uma escala que determina o grau de autonomia na marcha de acordo com o tipo de ajuda física ou supervisão necessárias, em função do tipo de superfície (plana, inclinada, escadas).

A informação pode ser obtida através da observação direta da pessoa idosa a caminhar ou do questionário direto a idosa, assim como aos seus familiares ou cuidadores.

Esta escala pode ser aplicada por vários profissionais como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais ou outros profissionais de saúde habilitados.

São estabelecidas seis categorias, tentando-se classificar a pessoa idosa na categoria que mais se aproxima da sua capacidade para a marcha.

O tempo de aplicação da escala varia entre 3 a 5 minutos, de zero a cinco e classificada a marcha de acordo com a observação sendo 0 = a marcha ineficaz, o idoso não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura. 1 Marcha dependente nível II, o idoso necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas, esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação. 2 Marcha dependente Nível I, o idoso requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana, a ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação. 3 Marcha dependente com supervisão, o idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas sem ajuda, mas para a sua segurança requer supervisão de uma pessoa. 4 Marcha independente (superfície plana), o idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos. 5=marcha independente, o idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas (Trindade et al., 2016).

Escala de Equilíbrio de Berg

A escala de Berg é uma escala cujos objetivos são avaliar o equilíbrio funcional, estático e dinâmico, predizer o risco de queda em adultos e idosos.

A escala é composta por atividades de coordenação, equilíbrio, capacidade de mudança de decúbito, avaliação das transferências: levantar, sentar, rodar em torno de si mesmo, transferência de carga para a frente e para os lados, apanhar um objeto do chão, entre outras, em diferentes situações de disposição da base de sustentação.

Avalia o equilíbrio funcional com base no desempenho de 14 tarefas funcionais específicas de dificuldade variada: Posição sentada para posição em pé, permanecer em pé sem apoio,

permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho, posição em pé para posição sentada, transferências, permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados, permanecer em pé sem apoio com os pés juntos, alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé, apanhar um objeto do chão a partir de uma posição em pé, virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé, girar 360 graus, posicionar os pés alternadamente ao degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio, permanecer em pé sem apoio com um pé à frente, permanecer em pé sobre uma perna.

O score é baseado na habilidade para executar as tarefas em tempo e de forma independente e engloba 3 dimensões: manutenção de posição, ajuste postural e movimentos voluntários.

O desempenho de cada tarefa é classificado através de uma escala ordinal de 5 alternativas que recebem a pontuação de 0 a 4 em função do desempenho da pessoa, (0 - incapaz de executar, 4 - capaz de executar de forma independente) obtendo um score total de 56 pontos. Portanto, quanto maior for o score, menor é o risco de queda e maior o equilíbrio.

Pontuações finais que variam entre 0 a 20 representam a diminuição do equilíbrio, entre 21 a 40 representam equilíbrio aceitável, e entre 41 a 56 representam um bom equilíbrio (Mendes, Novo, Gouveia, Dias, & Braga, 2016).

Índice de Bartel

O índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney e Barthel, 1965).

A escala é constituída por 10 itens: alimentação, banho, Higiene pessoal, vestir-se, controle vesical e intestinal, movimentação, transferência cadeira/cama, mobilidade e subir escadas.

O seu total pode variar de 0 a 100. De 90-100 o doente é considerado independente, de 60-89 ligeiramente dependente, de 40-59 moderadamente dependente, de 20-39 severamente dependente.

A tabela que se segue representa o número de pessoas incluídas no projeto assim como a idade e diagnósticos.

Tabela 3 - Caracterização dos Doentes de Acordo com o Sexo, Idade, Diagnóstico e Tempo de Internamento

	SEXO	IDADE	DIAGNOSTICO	DIAS DE INTERNAMENTO
Doente A	Feminino	68	AVC isquémico	9
Doente B	Feminino	77	AVC isquémico	25
Doente C	Masculino	83	AVC isquémico	17
Doente D	Feminino	88	AVC isquémico	29
Doente E	Masculino	65	AVC isquémico cerebeloso	23
Doente F	Masculino	67	AVC isquémico do tronco	11
Doente G	Masculino	69	AVC isquémico	21
Media dias internamento				19,28

6. RESULTADOS

O programa foi aplicado tendo sido possível cumprir na íntegra todas as atividades planeadas e obtiveram-se os seguintes resultados.

A tabela que se segue evidencia os níveis de força avaliados no momento da admissão em relação à alta, relativos à avaliação da força muscular com a escala de Lawer.

Tabela 4 – Resultados da avaliação da força muscular - Escala de Lawer

	ADMISSÃO				ALTA				
	Hemicorpo esq.		Hemicorpo dt.		Hemicorpo esq.		Hemicorpo dt.		Hemicorpo afetado
	M.Sup	M.Inf	M.Sup	M.Inf	M.Sup	M.Inf	M.Sup	M.Inf	
Pessoa	M.Sup	M.Inf	M.Sup	M.Inf	M.Sup	M.Inf	M.Sup	M.Inf	
A	4/5	4/5	3/5	3/5	4/5	4/5	4/5	4/5	Direito
B	5/5	5/5	4/5	4/5	5/5	5/5	5/5	5/5	Direito
C	5/5	5/5	3/5	3/5	5/5	5/5	5/5	5/5	Direito
D	5/5	5/5	4/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	Direito
E	5/5	5/5	4/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	Direito
F	4/5	4/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	Esquerdo
G	5/5	5/5	4/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	Direito

Doente A - 1ª Avaliação da força muscular, doente apresenta diminuição da força no hemicorpo direito com (score de 3/5) escala de Lower, e hemicorpo esquerdo (4/5), por sequela de AVC em 2015.

Na 2ª avaliação doente mantém força diminuída à esquerda, mas apresenta melhoria no episódio atual, progredindo de 3/5 para 4/5.

Doente B- Com diminuição da força no hemicorpo direito com (score de 4/5) na escala de Lower, progredindo para 5/5 na data da alta.

Doente C - Pessoa com hemiparesia direita negligenciada, força muscular direita 3/5 na 1ª avaliação progredindo para 4/5 na 2ª avaliação.

Doente D - Diminuição da força muscular à direita de predomínio braquial, com um (score de 3/5) segundo escala de Lower, com inclinação do corpo para lateral direito e para anterior.

Doente E - Força muscular diminuída com (score de 4/5) escala de Lower no membro superior direito, que reverte na primeira semana de internamento.

Doente F – Com diminuição da força no hemicorpo esquerdo com (score de 4/5) raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade.

Doente G- Doente apresenta assimetria da força diminuída à esquerda com (score de 4/5) escala de Lower raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade de predomínio braquial.

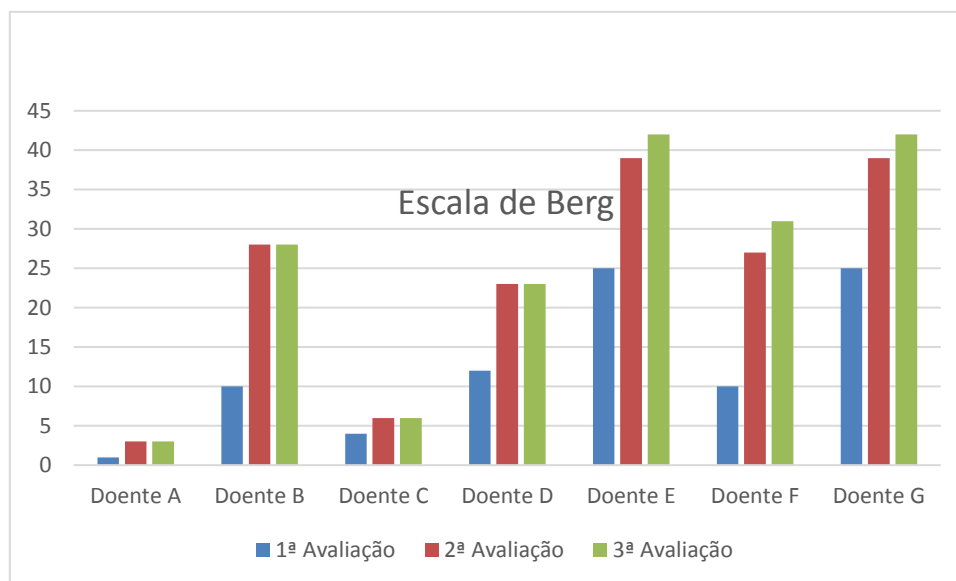
Melhoria do equilíbrio corporal

Foram realizados exercícios de equilíbrio sentado e em ortostatismo. Exercícios de treino de sentar/levantar/ promovendo e incentivando o doente ao levantar pelo lado afetado.

Os exercícios para o treino do equilíbrio corporal, para o levantar e para as transferências foram realizados com o doente sentado na cama, com os pés pendentes e apoiados no chão. Foram colocadas faixas no chão em linha reta e para testar o equilíbrio dinâmico em ortostatismo foi pedido aos doentes que agarrados ao corrimão com a mão e a outra dada a ER conseguissem andar avançando sempre com um pé exatamente na mesma posição a frente do outro.

A tabela que se segue representa os resultados da avaliação do equilíbrio corporal através da escala de Berg onde a melhoria do equilíbrio é visível.

Tabela 5 – Resultados Relativos à Aplicação da Escala de Berg



Doente A - Avaliado equilíbrio segundo escala de Berg apresentando nas 3 avaliações realizadas (scores 0 – 20), elevado risco de queda / equilíbrio diminuído.

Doente B - Equilíbrio (score de 0 – 20) na 1ª avaliação traduzido em elevado risco de queda / equilíbrio diminuído.

Nas seguintes avaliações 2ª e 3ª a doente mantém risco de queda médio/ equilíbrio médio com (score de 21 – 40).

Doente C- Sem equilíbrio estático e dinâmico em ambas as posições, sentada e em ortostatismo avaliada segundo escala de Berg com (scores de 0 – 20) correspondentes a elevado risco de queda / equilíbrio diminuído.

Doente D – A avaliação revelou (scores 0 – 20) elevado risco de queda / equilíbrio diminuído na 1ª avaliação. (Score entre 21 – 40) risco de queda médio/ equilíbrio médio, na 2ª e 3ª avaliação.

Doente E - Avaliada escala de Berg, apresentando na 1ª e 2ª avaliações avaliação um (score entre 21 – 40) correspondente a risco de queda médio/ equilíbrio médio.

Na e 3ª avaliação um score de (41 – 56) correspondente a baixo risco de queda / equilíbrio bom, com recurso a auxiliar de marcha com (andarilho).

Doente F - Apresenta equilíbrio estático e dinâmico ineficaz em ortostatismo com alto risco de queda, (score de 20) na 1ª avaliação da escala de Berg.

A 2ª e 3ª avaliação verificou-se uma melhoria do risco de queda com Score entre os 21 – 40, correspondente risco de queda médio/ equilíbrio médio. Foi necessário assistir o doente de forma continua nos autocuidados marcha, transferência, com recurso a auxiliar de marcha (andarilho).

Doente G- Equilíbrio estático e dinâmico comprometido na posição de sentado, com inclinação para lateral esquerda. Avaliada escala de Berg, apresentando na 1ª e 2ª avaliações avaliação um (score entre 21 – 40) correspondente a risco de queda médio/ equilíbrio médio.

Na e 3ª avaliação um score de (41 – 56) correspondente a baixo risco de queda / equilíbrio bom, sem necessidade de auxiliar de marcha.

Melhoria da marcha

Assim que os doentes apresentavam melhoria do equilíbrio corporal, estabilidade física em posição ortostática e capacidade era iniciado o treino de marcha. Par tal treinou-se o levantar a transferência.

O treino de marcha foi sempre realizado com recurso inicial ao andarilho, sendo este progredido para canadianas e posteriormente para bengala.

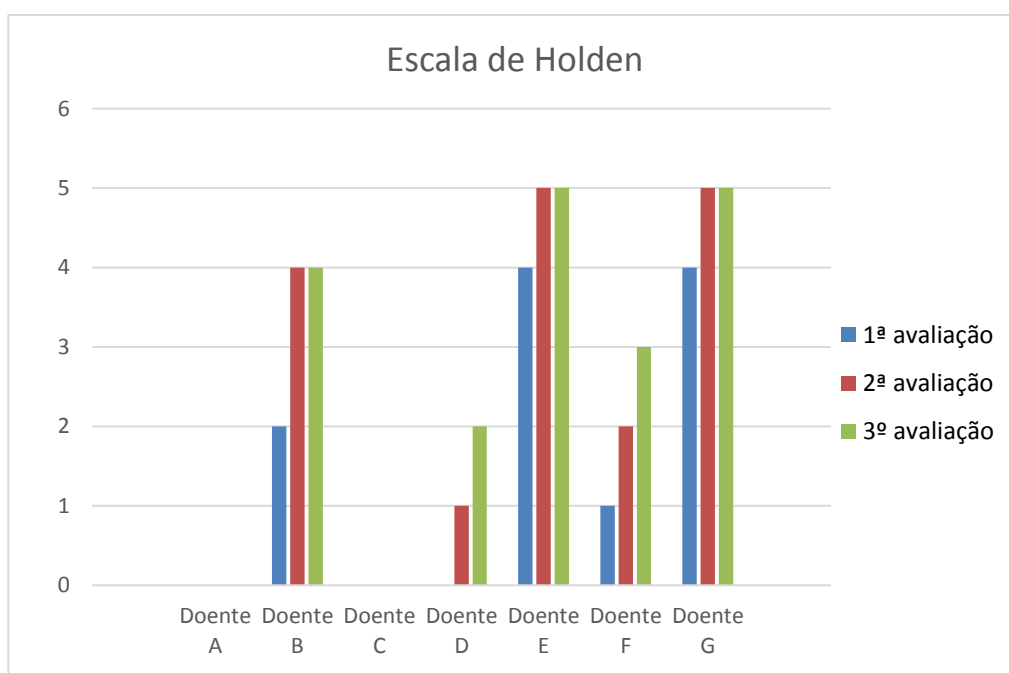
Após o primeiro levantar deu-se logo início ao treino de marcha, todos os doentes foram instruídos ao uso de andarilho e canadianas para sua segurança na prevenção do risco de quedas.

O treino de marcha iniciou-se com curtas distâncias, cerca de 10 metros, distancia aproximada entre as camas e a casa de banho.

No segundo dia a distância aumenta prevendo-se que o doente seja capaz de alcançar meio corredor cerca de 25 metros, progredindo sucessivamente.

A tabela 6 demonstra a avaliação da marcha com recurso a escala de Holden, evidenciando os resultados obtidos.

Tabela 6 – Resultados Relativos à Avaliação da Escala de Holden



Doente A - Na escala de Holden foram avaliados (scores 0) nas 3 avaliações, marcha ineficaz doente não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura.

Doente B- 1ª avaliação a doente apresenta (score de 2) que corresponde a marcha dependente nível I, o doente requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação.

A 2ª e 3ª avaliações demonstram o mesmo valor (score 4) correspondente a marcha independente (superfície plana), a doente é capaz de andar de forma independente em

superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos.

Doente C - Na escala de Holden a sua aplicação foi difícil, doente com potencial para marcha, consegue dar cerca de 2 passos com apoio axilar bilateral e andarilho. Com inclinação acentuada para a direita, apresentando (score 0) correspondente a marcha ineficaz.

Doente D - A marcha foi avaliada segundo escala de Holden, doente apresentava já uma ataxia previa da marcha.

Na primeira avaliação doente não apresentou potencial para a marcha com um (score 0) traduzido em marcha ineficaz, o doente não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura, doente conseguiu apenas caminhar cerca de 5 metros com apoio de andarilho e de segunda pessoa.

Na 2ª avaliação o doente consegue atingir o (score 1) correspondente a marcha dependente nível II.

Na 3ª avaliação o doente atinge um (score de 2) correspondente a marcha dependente nível I, o doente requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação.

A evolução da marcha é notória, tratando-se de um doente sem atividade física no domicílio.

Doente E - Avaliada escala da marcha de Holden apresentando na 1ª avaliação (score 4) correspondente a marcha independente (superfície plana) o doente é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos.

Na 2ª e 3ª avaliações o doente apresenta um (score de 5) correspondente a marcha independente, o doente é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas, sem recuso a auxiliares de marcha, (necessita de supervisão para subir e descer escadas). Doente com alta após 23 dias de internamento, encaminhado para unidade de curta duração.

Doente F – Avariado o autocuidado marcha, segundo escala de Holden, doente apresentava um (score de 1) correspondente a marcha dependente nível II, o doente necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação.

Na 2ª avaliação houve uma progressão para o (score 2) marcha dependente nível I, o doente requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação.

Na 3ª avaliação verifica-se uma progressão para o (scores 3) correspondente a marcha dependente com supervisão e auxiliares de marcha, o doente é capaz de andar de forma independente em superfícies planas sem ajuda, mas para a sua segurança requer supervisão de uma pessoa.

Doente G- Avaliada escala da marcha de Holden apresentando na 1ª avaliação (score 4) correspondente a marcha independente (superfície plana) o doente é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos.

Na 2ª e 3ª avaliações o doente apresenta um (score de 5) correspondente a marcha independente, o doente é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas, sem recuso a auxiliares de marcha, (necessita de supervisão para subir e descer escadas).

Melhorar a capacidade para as atividades de vida diárias

Após o primeiro levante foram também realizadas intervenções para treino dos autocuidados, nomeadamente no autocuidado higiene, vestir/despir e alimentação.

No autocuidado higiene os doentes eram levados à casa de banho e sentados em cadeira sanitária.

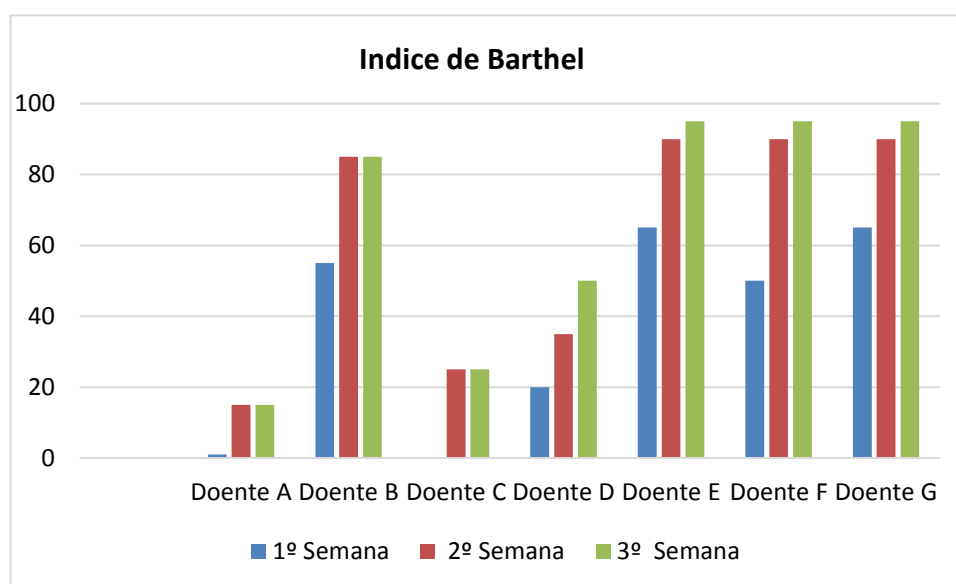
Eram incentivados a realizar o seu autocuidado, como lavarem e secarem partes do corpo, pentearem-se ou lavarem a boca e os dentes, uma vez que são atividades que podem ser realizadas apenas com um braço, foi disponibilizado aos doentes todo o tempo necessário para a realização das tarefas, ensinando ao doente estratégias facilitadoras do autocuidado, e

estratégias para poupar energia evitando o cansaço fácil que lava o doente a desistir após o primeiro obstáculo.

A escala de Bartel foi aplicada no primeiro levante do doente, na primeira higiene no WC, foi avaliada seguidamente a meio do internamento no qual se estimou aproximadamente uma semana e no último dia de internamento.

Apos a aplicação da escala de Bartel os resultados foram positivos, podendo na tabela que se segue, tabela 7 verificar ganhos em autonomia para os autocuidados.

Tabela 7- Resultados da Aplicação do Índice de Bartel



Doente A -Na 1ª avaliação do índice de Bartel, doente severamente dependente com (score 20). Alimentação incapacitado; Dependente no banho e atividades rotineiras; Sem controlo vesical e intestinal; Vestir-se precisa de ajuda, mas consegue fazer uma parte sozinha; Uso do tolete, precisa de alguma ajuda parcial; Transferência (da cama para a cadeira e vice-versa), necessita de muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar; Mobilidade (superfícies planas), cadeira de rodas independente, incluindo esquinas,> que 50 metros; subir e descer escada dependente.

Na 2ª avaliação e 3ª avaliação os resultados avaliados são semelhantes, com (score entre 20-35), a doente mantém-se severamente dependente. Na alimentação ainda necessitava de ajuda para cortar os alimentos na 2ª avaliação, na 3ª avaliação a doente passou a independente; No banho e atividades rotineiras a doente manteve-se dependente ao longo do internamento; Na atividade vestir-se nas 2ª avaliações precisou de ajuda, mas consegue fazer uma parte sozinha; O controle vesical e intestinal, considerou-se na 2ª e 3ª avaliações Incontinente; Uso do toalete, precisa de alguma ajuda parcial; Transferência (da cama para a cadeira e vice-versa), pouca ajuda (verbal ou física); Mobilidade (superfícies planas), cadeira de rodas independente, incluindo esquinas,> que 50 metros; Escadas incapacitada.

Doente B- Avaliada escala de Bartel com (score 40-55) na 1ª avaliação traduzido em moderadamente dependente. Alimentação, independente; dependente no banho e atividades rotineiras; Vestir-se precisa de ajuda, mas consegue fazer uma parte sozinho; Continente intestinal e acidente ocasional na eliminação vesical; Uso do toalete precisa de alguma ajuda parcial; Transferência (da cama para a cadeira e vice-versa) muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar; Mobilidade (superfícies planas) cadeira de rodas independente, incluindo esquinas,> que 50 metros; Escadas incapacitado.

Nas duas seguintes avaliações a 2ª e 3ª, os níveis de dependência são semelhantes, a doente evolui para um (scores de entre 60-90) traduzido em ligeiramente dependente. A doente atinge a autonomia para os autocuidados, Alimentação; Banho; Atividades rotineiras; Vestir-se; Controlo Intestinal; Uso do toalete; Transferência (da cama para a cadeira e vice-versa). No sistema urinário manteve acidente ocasional; na mobilidade (superfícies planas) caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física)> 50metros; Nas escadas manteve-se incapacitada.

Doente C - Avaliada escala de Bartel, doente não participa na 1ª avaliação, na 2ª e 3ª avaliação doente matem dependência severa com (score de 20-35), não sendo possível levá-la ao chuveiro, realiza higiene na cama para posterior treino de equilíbrio com andarilho.

Doente D - Avaliada escala de Bartel com (score de 20-35) traduzido em severamente dependente nas 3 avaliações, segundo informações do cuidador doente em casa já teria apoio domiciliário para os autocuidados, e já pouco saía de casa, apenas para ir a consultas, sendo deslocado em cadeira de rodas.

Doente E - Avaliadas dependências segundo escala de Bartel apresentando na 1ª avaliação um (score de 60). Alimentação independente; Dependente no Banho e atividades rotineiras;

Precisa de ajuda com a higiene pessoal; Vestir-se Precisa de ajuda, mas consegue fazer uma parte sozinho; Independente no controlo intestinal e vesical; Uso do toilete precisa de alguma ajuda; Transferência (da cama para a cadeira e vice-versa), pouca ajuda (verbal ou física); Mobilidade (superfícies planas), caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física)> 50metros; Escadas, precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado).

Na 2ª e 3ª avaliações o doente atinge a independência para os autocuidados com (score entre 90-95) mantendo apenas na 2ª avaliação a dificuldade em subir e descer escadas sem ajuda, progredindo para a independência na 3ª avaliação.

Doente F - Avaliado segundo escala Bartel, apresentando (scores de 50) primeira avaliação da correspondendo a moderadamente dependente. Independente na alimentação; Dependente no chuveiro com ajuda; No autocuidado vestir-se, o doente precisa de ajuda, mas consegue fazer uma parte sozinho; Independente no controlo vesical e intestinal; Uso do toilete precisa de alguma ajuda parcial; Transferência (da cama para a cadeira e vice-versa) Muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar; Mobilidade (superfícies planas) Cadeira de rodas independente, incluindo esquinas,> que 50 metros; Escadas incapacitado. Na 2ª e 3ª avaliação com (score 90-100) demonstrando-se independente.

Doente G- Avaliadas dependências segundo escala de Bartel apresentando na 1ª avaliação um (score de 60). Alimentação independente; Dependente no Banho e atividades rotineiras; Precisa de ajuda com a higiene pessoal; Vestir-se Precisa de ajuda, mas consegue fazer uma parte sozinho; Independente no controlo intestinal e vesical; Uso do toilete precisa de alguma ajuda; Transferência (da cama para a cadeira e vice-versa), pouca ajuda (verbal ou física); Mobilidade (superfícies planas), caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física)> 50metros; Escadas, precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado).

Na 2ª e 3ª avaliação o doente atinge a independência para os autocuidados com (score entre 90-95) mantendo apenas na 2ª avaliação a dificuldade em subir e descer escadas sem ajuda, progredindo para a independência na 3ª avaliação.

Os resultados visualizados nas tabelas anteriormente descritas, demonstram uma evolução comparativamente a primeira avaliação e última avaliação.

A maioria dos doentes incluídos no programa de exercícios terapêuticos reverteu na sua totalidade o compromisso para o autocuidado marcha, adquirindo uma marcha independente

com ou sem recurso a auxiliares de marcha, com ganhos na força muscular, no equilíbrio corporal, na capacidade para a realização das AVDs.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ESPECIALISTA, ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO E MESTRE, DE ACORDO COM OS OBJECTIVOS

O enfermeiro especialista é um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de cuidados gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns.

A atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.

Também envolve as dimensões da educação dos doentes/pessoas e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.

No artigo 5.º e no âmbito das competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, são estabelecidas as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, nas quais o enfermeiro especialista desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Os direitos dos doentes foram respeitados, assim como os dados dos mesmos. No âmbito desta competência, enquanto enfermeira, e enfermeira especialista, coube-me o dever ético de informar todos os doentes/pessoas do programa de treino no qual integraram e nos exercícios terapêuticos em que este consistia. Todos os doentes foram informados que nos dados obtidos não iria constar os seus dados pessoais, apenas seriam documentados os resultados obtidos.

O artigo 6.º descreve as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, neste domínio o enfermeiro especialista desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, através da conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade, cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Na área do domínio da melhoria da qualidade o enfermeiro especialista desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, colabora na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e efetua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional.

A supervisão e delegação de tarefas também foi uma competência desenvolvida, a continuidade dos cuidados prestados só foi possível devido a colaboração dos enfermeiros da equipa. Também estes se apoiam na prática especializada do enfermeiro especialista, questionando nas mais diversas situações de dúvida esperando sempre por parte do enfermeiro especialista uma resposta adequada as suas necessidades.

Foram várias as solicitações por parte dos colegas, destacando-se a principal a realização do levante do doente após AVC, tendo neste serviço o enfermeiro de reabilitação autonomia para iniciar exercícios terapêuticos mesmo que o doente ainda não possa realizar o levante da cama.

O enfermeiro especialista, através de uma postura proactiva, “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro da OE). A aquisição desta competência foi conseguida através da elaboração de planos de cuidados de enfermagem, no âmbito da área de especialidade, individualizados e contextualizados com as reais necessidades do doente e respetiva família.

A prestação de cuidados especializados foi regulada pela adoção de uma ergonomia adequada, prevenindo a ocorrência de lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho

e diminuindo o risco de lesão física do doente e dos profissionais através do ensino e adoção de posturas corretas.

O enfermeiro especialista “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. O Estágio Final demonstrou-se um período de excelência para alcançar esta competência, na medida em que foi possível a colaboração com o orientador em atividades de gestão dos cuidados em substituição do elemento responsável pela equipa.

A participação ativa na visita médica de serviço também se demonstrou fundamental, facilitando o contributo para decisões como encaminhamento de doentes para a UCC numa perspetiva de gestão de cama.

Na visita medica foram varias as vezes que que foi necessário participar actualizando a equipa medica da evolução do doente no que respeita à reabilitação.

É igualmente suposto que o enfermeiro especialista desenvolva “o autoconhecimento e a assertividade”. Toda a experiência vivida ao longo do mestrado demonstrou-se proveitosa para a aquisição desta competência, contribuindo para o desenvolvimento do mestrando quer a nível pessoal, quer a nível profissional.

O Estágio Final apresentou-se como período de excelência para o crescimento e o presente relatório como um momento de reflexão sobre os conteúdos apreendidos e atividades desenvolvidas com atividades no âmbito da prática, no desenvolvimento de destreza para a realização dos exercícios, no âmbito dos ensinamentos tanto do doente como da equipa.

Com o objetivo de “estabelecer a liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho” foram presenciadas todas as oportunidades de aprendizagem, visando incrementar conhecimentos de enfermagem de reabilitação.

Neste contexto a partilha e actualização da evolução do doente na visita medica, assim como as sugestões.

A prática de enfermagem especializada respeita um exercício seguro, profissional e ético, fazendo recurso a uma tomada de decisão ética e deontológica inerente à profissão.

Tal prática assenta no “desenvolvimento de uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção” (Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro da OE, p.8649). Ao longo do Estágio Final foi cumprida esta competência em todos os contactos com a pessoa cuidada e respetivos familiares, observando-se uma prática de cuidados assente num agir e pensar ético, e respeitando a deontologia profissional de enfermagem salvaguardando os dados dos doentes.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Foram definidas para este projecto a aquisição das seguintes competências:

- Adquirir conhecimentos de forma a realizar a avaliação dos doentes de forma sistemática.
- Capacidade de utilizar o conhecimento mais recentes.
- Melhoria a capacidade de utilização de escalas/ instrumentos de recolha de dados.
- Capacidades de intervenção e treino das capacidades dos doentes/pessoas.
- Dominar o uso de auxiliares/ajudas técnicas.
- Melhorar a capacidade de registos e uso de linguagem adequada à prática de enfermagem de reabilitação.
- Adquirir capacidade de planeamento.
- Melhorar as competências da equipa.
- Capacidade análise crítica e reflexiva sobre os cuidados de reabilitação prestados.

Capacidade de utilizar o conhecimento mais recentes

Na prática de especialista em enfermagem de reabilitação foram concebidos, implementados e monitorizados planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas.

Os níveis elevados de conhecimentos permitem tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.

Para esta competência foi necessário o recurso a varias referências bibliográficas, leitura de artigos publicados recentemente com resultados evidenciados.

A intervenção no doente visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos doentes/pessoas, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades.

Para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos doentes/pessoas e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida(Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Os cuidados de enfermagem de reabilitação constituem uma área, de intervenção especializada que decorre de um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos. Têm por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação dirigiram-se à pessoa em todas as fases do ciclo vital, no sentido de promover o seu projeto de saúde no que respeita à prevenção dos riscos de alteração de funcionalidade que determinem limitações da atividade e/ou incapacidades, promover os processos de readaptação sempre que ocorram afeções da funcionalidade, promover a capacidade para o autocuidado da pessoa com necessidades especiais ou deficiência, neste caso em específico os alvos foram os doentes com AVC.

De acordo com o regulamento das competências específicas do EEER (Regulamento 125/2011), a reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, é definida por um conjunto de intervenções específicas que permitem ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas, com vista à maximização do seu potencial e independência funcional (OE, 2011).

Os cuidados de enfermagem de reabilitação dirigem-se às pessoas com necessidade especiais, ao longo do seu ciclo vital, através da identificação das necessidades afetadas, da implementação e avaliação de planos e programas especializados, que visam a qualidade de vida e a participação social (OE, 2011).

Melhoria a capacidade de utilização de escalas/ instrumentos de recolha de dados

Sendo a finalidade do projeto de intervenção a melhoria da eficácia das intervenções do EEER na promoção do autocuidado marcha nos doentes com AVC, a inclusão de instrumentos capazes de medir a capacidade funcional, a força muscular o equilíbrio corporal e a marcha, foram fundamentais.

De acordo com a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com AVC, verificou-se o alcance desta competência refletida nas intervenções de reabilitação desenvolvidas no âmbito do ensino e capacitação para o autocuidado marcha. Foi possível proceder a uma abordagem holística da pessoa, colhendo dados pertinentes através de escalas visando identificar alterações funcionais da pessoa para o autocuidado.

Os instrumentos de avaliação definidos e o plano de intervenção de cuidados de reabilitação estavam concordantes com as necessidades identificadas.

Através da monitorização dos objetivos definidos, com a aplicação das escalas, foi possível no final verificar na maioria dos doentes que integraram o projeto, uma melhoria da funcionalidade no autocuidado marcha.

Adquirir conhecimentos de forma a realizar a avaliação dos doentes de forma sistemática

No âmbito desta foram adquiridos conhecimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência.

Os objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto- estima.

A aquisição de competências para avaliação sistematizada do doente foi de extrema importância para o desenvolvimento desta competência.

A identificação de alterações tanto através da observação física, como o pedir ao doente para apertar a nossa mão para avaliar a força, com observar a marcha visualmente e detectar uma inclinação, acresce ao especialista competências acrescidas.

Melhorar a capacidade de registos e uso de linguagem adequada à prática de enfermagem de reabilitação.

A aplicação do projeto de intervenção foi centrada na importância dos cuidados de reabilitação prestados aos doentes com AVC, e na importância de desenvolver essas competências na prática dos cuidados.

Para o desenvolvimento desta competência de EEER, e do objetivo proposto foi necessário a criação de planos de intervenção com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição, doença e incapacidade (unidade de competência J1.2 do Regulamento 125/2011), onde a avaliação do doente/ pessoa de forma sistematizada, a discussão das alterações e necessidades afetadas com a pessoa/cuidador equipa a definição de estratégias a implementação, os resultados esperados e as metas a atingir para a promoção da autonomia e qualidade e vida, constituíram um elemento fundamental.

O registo diário da evolução do doente é fundamental tanto para comparação de alterações e verificação da sua evolução, mas também para que os restantes elementos da equipa envolvidos no processo de recuperação do doente possam aceder a informações fornecidas pela reabilitação, são exemplo se o doente se levantou, se tolera o esforço, se tem alteração da força do equilíbrio (...), intervenções que não são contempladas na prática diária dos colegas enfermeiros.

Os registos são também importantes para evidenciar o trabalho da reabilitação.

Capacidades de intervenção e treino das capacidades dos doentes/pessoas.

As avaliações realizadas aos doentes incluídos no estudo conduziram à elaboração de planos de cuidados respeitando o processo de enfermagem.

Estes planos possibilitaram a capacitação da pessoa para o autocuidado com resultados positivos. O desenvolvimento deste objetivo dá-se com o treino adequado a pessoa adequada, avaliando a necessidade e capacidade de cada pessoa/doente.

Identificação de barreiras arquitetônicas na residência dos doentes foi importante no sentido de alertar os familiares para quando possível eliminar essas barreiras, ou adaptação das mesmas.

Uma das barreiras arquitetônicas mais identificadas foi os doentes possuírem ainda banheiras em casas, neste sentido, quando a alteração não é possível o ensino ocorre no sentido de o doente conseguir adaptar uma cadeira/banco, tabua, no sentido de evitar quedas, e conseguir ser autônomo no seu autocuidado higiene pessoal.

Este projeto de intervenção foi centrado na importância e melhoria dos cuidados prestados aos doentes com AVC, evidenciando assim os cuidados de enfermagem de reabilitação e o desenvolvimento dessas competências de EEER.

Dominar o uso de auxiliares/ajudas técnicas

Neste sentido ao longo do estágio foi feito o ensino ao doente e seus familiares sobre medidas e estratégias a desenvolver no sentido de manter a sua independência para os autocuidados mesmo quando estes não atingem a totalidade das suas capacidades, neste sentido da maximização da independência, o ensino instrução e treino de marcha com ajudas técnicas tanto no contexto hospitalar como após a alta foi de extrema importância no sentido de prevenir prováveis quedas.

Melhorar as competências da equipa

O projeto de intervenção contemplou a implementação de um plano de reabilitação motora, com vista à promoção da independência funcional para o autocuidado marcha no doente com AVC.

A reabilitação do doente depende não só da reabilitação como de uma equipa de enfermeiros que dão continuidade aos cuidados como de terapeutas da fala, médicos assistentes sociais fisioterapeutas.

A colaboração da equipa interdisciplinar favoreceu a aquisição deste objetivo.

Adquirir capacidade de planeamento

A necessidade de planos de intervenções sistematizados e padronizados, mas ao mesmo tempo de acordo com as necessidades identificadas são um contributo para que os cuidados prestados sejam mais eficazes e eficientes.

Com a implementação do projeto de intervenção esperou-se uma melhoria da independência funcional dos doentes com AVC para o autocuidado marcha. Através dos resultados obtidos verificou-se essa melhoria da independência funcional, embora o investimento em maior número de especialistas por serviço pode-se eventualmente demonstrar maior evolução.

Capacidade análise crítica e reflexiva sobre os cuidados de reabilitação prestados

O desenvolvimento desta competência verificou-se com os resultados da implementação do projecto, onde é visível a importância dos cuidados de reabilitação em todas as práticas de cuidados, e a importância de os cuidados serem assegurados diariamente ao longo do internamento, facto que não pode ser assegurado com apenas 1 EEER nos serviços, havendo uma interrupção no treino dos autocuidados nas ausências do mesmo, férias/folgas (...).

A aquisição de competências de enfermeira de reabilitação foram de extrema importância uma vez que os enfermeiros especialistas em reabilitação realizam e executam cuidados e intervenções aos doentes, indispensáveis para o restabelecimento e maximização da sua independência funcional e melhoria da sua qualidade de vida, sendo detentores de uma prática e conhecimentos acrescidos.

Após a observação dos doentes internados no serviço, e identificar as necessidades dos doentes com AVC, foi definido um plano de intervenção de cuidados de reabilitação (composto por exercícios de mobilizações, atividades terapêuticas no leito, treino de equilíbrio corporal transferência, marcha e treino de autocuidados), foi também posta em pratica a utilização de instrumentos de avaliação específicos, e instrumentos de recolha de dados com a finalidade de verificar a eficácia desse mesmo plano.

Competências Específicas de Mestre

A atribuição do grau acadêmico de mestre encontra-se baseada no Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, do ministério da ciência, tecnologia e ensino superior, que regulamenta o regime jurídico dos graus académicos e dos diplomas do ensino superior.

O mestrando deve ser capaz de possuir conhecimentos e demonstrar uma capacidade avançada de compreensão. Estas características devem cimentar os conhecimentos adquiridos na licenciatura e possibilitar o desenvolvimento de aplicações originais na sua área de especialização (Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro do ministério da ciência, tecnologia e ensino superior).

O mestre de enfermagem detém a capacidade e reúne habilidades de forma a iniciar, colaborar, suportar e disseminar produções de carácter científico para a promoção de uma prática de enfermagem especializada baseada na evidência.

As competências de mestre deram-se com a elaboração de um artigo cujo tema incidiu no “Autocuidado marcha”, e de toda a pesquisa de dados em bases de dados científicos e credíveis que desta advém, assim como a capacidade de seleção de artigos e categorização dos mesmos.

Este recurso constante à pesquisa bibliográfica permitiu desenvolver uma prática especializada de enfermagem de reabilitação apoiada na evidência científica mais recente, visando atingir as competências comuns do enfermeiro especialista, específicas do EEER e de mestre.

O processo de projeção, concretização e análise dos resultados obtidos pelo programa de intervenção foi fundamental para a aquisição da referida competência.

Os resultados alcançados demonstram-se fulcrais para evidenciar a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados ao longo do programa de intervenção.

A busca pela prestação de cuidados de qualidade exigiu a elaboração de um enquadramento e fundamentação teóricos visando documentar a importância do EEER na reabilitação precoce, evidenciando resultados no autocuidado marcha.

Ao longo do estágio final foram aplicados e demonstrados conhecimentos visando a tomada de decisão e adotando uma postura reflexiva orientada para a responsabilidade ética, deontológica e social.

O mestre em enfermagem é um agente promotor de excelência da formação dos de outros elementos.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na sua atuação os EEER baseiam-se em metodologias científicas, orientando-se por referenciais teóricos motivadores e incentivadores das boas práticas de cuidados de enfermagem e atualização de conhecimentos.

A prática baseada na evidência, tem sido impulsionadora da evolução da enfermagem de reabilitação.

A valorização do planeamento e implementação de intervenções numa fase precoce do AVC é suportada pelas recomendações da European Stroke Initiative, reforçando que a reabilitação deve iniciar-se o mais precocemente possível, de forma a diminuir o grau de dependência após este evento gerador de dependência.

Este estudo destacou-se pela importância de desenvolver um programa de reabilitação ajustado às necessidades e défices avaliados em cada participante através da avaliação da força muscular equilíbrio corporal e marcha de forma a definir objetivos terapêuticos com o doente/ pessoa família e restantes elementos da equipa intervenientes no processo de recuperação do doente/ pessoa.

A eficácia do programa de intervenção avalia, a relação entre os resultados obtidos e os objetivos pretendidos. Para tal, existem diversas variáveis que são passíveis de medição de forma a avaliarem a eficácia dos programas de intervenção na capacitação da pessoa para o autocuidado marcha.

O processo de avaliação deste indicador foi efetivado através de diferentes instrumentos: escala de Lawer, escala de Berg, Índice de Bartel escala de Holden. Na problemática em estudo realça-se este último instrumento uma vez que “as qualidades psicométricas do instrumento estão documentadas em estudos com doentes/pessoas com acidente vascular cerebral, com idade superior a 65 anos.

As Intervenções de enfermagem de reabilitação na promoção da independência para o autocuidado marcha avaliadas através de instrumentos de recolha de dados selecionados para avaliar resultados constituíram um requisito de rigor metodológico que confere validade e fiabilidade aos resultados.

Para além dos efeitos positivos na capacidade funcional para o autocuidado marcha, este estudo evidenciou a importância da sua autonomia para os restantes autocuidados.

A evolução nos autocuidados é visível na primeira semana, estes dados demonstraram a importância de intervir no imediato sendo que os resultados obtidos neste estudo permitiram concluir a importância da reabilitação precoce para os ganhos na mobilidade da pessoa/doente. Esses dados são visíveis na avaliação da força muscular, na avaliação da avaliação do equilíbrio na avaliação da marcha e na avaliação da capacidade para os autocuidados, dando especial atenção à dependência no autocuidado higiene.

A OMS (2004) defende também a reabilitação precoce ao estabelecer como objetivo para 2015 que 70% dos indivíduos com sequelas a nível funcional, após AVC, sejam independentes nos autocuidados aos 90 dias, pelo que surge a necessidade de garantir o acesso a cuidados continuados organizados desde a fase aguda, neste contexto a referência do doente para a RNCC e seu encaminhamento após a alta garanti-o a continuidade da reabilitação após a alta do internamento de doentes agudos.

No que respeita ao contexto hospitalar, em Portugal no ano de 2001 estabeleceu-se como área prioritária a problemática do AVC, sendo elaborado um documento intitulado “Unidades de AVC – Recomendações para o seu desenvolvimento” cuja finalidade pretende reduzir o internamento em hospitais de agudos, a incapacidade funcional e as complicações pós AVC e o número de doentes/pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem em casa ou nas unidades de doentes crónicos, assim como facilitar o retorno de uma grande proporção de doentes/pessoas ao seu ambiente familiar e, tanto quanto possível, ao seu local de trabalho (DGS, 2001).

No entanto, a reabilitação continua para além do internamento hospitalar de cuidados agudos, reportando-se para a realidade portuguesa, compreende também unidades especializadas, no âmbito da rede nacional de cuidados continuados (RNCCI), que visam a promoção da autonomia e independência através da reabilitação funcional, readaptação e reinserção familiar e social.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, dota-se de um corpo de conhecimentos que lhe permite atuar perante a pessoa/família, tomando decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação, visando minimizar o impacto das incapacidades e potencializar a funcionalidade no indivíduo.

O AVC é causador de elevado nível de incapacidade, pelas alterações decorrentes a nível da percepção e das funções, motora, sensitiva e cognitiva, condicionando a autonomia para o autocuidado.

No decorrer do estágio onde este projeto foi implementado experienciou-se, em ambiente hospitalar, a intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação perante a pessoa vítima de AVC e sua família.

As alterações da força muscular, do equilíbrio corporal, da transferência e da marcha são visíveis nesta patologia. Contudo os enfermeiros devem intervir em parceria de forma assegurar ganhos significativos, uma vez que a intervenção da equipa interdisciplinar constitui um recurso essencial na reabilitação após AVC ao promover a complementaridade funcional.

O sucesso da reabilitação deve-se à coordenação e interdisciplinaridade da atuação, manifestando-se em ganhos em saúde e na qualidade de vida (Menoita, 2012)

O planeamento dos cuidados de enfermagem dirigidos à pessoa após AVC deve atender aos fatores promotores e inibidores do processo de recuperação após AVC que estão inerentes à pessoa e ao ambiente, garantindo uma transição saudável.

Assim, neste estudo foi notória a eficácia das intervenções de enfermagem ao nível da promoção da autonomia/independência no autocuidado marcha traduzido em ganhos na capacidade funcional, e desempenho nos autocuidados.

Implicações para investigações futuras

Atendendo à quantidade reduzida de artigos nacionais realizados com resultados evidentes na reabilitação considera-se pertinente, que no futuro se desenvolva e aprofunde a investigação nacional em enfermagem de reabilitação, no âmbito da dependência no autocuidado após AVC.

Futuramente devem ser realizados novos estudos experimentais que investiguem a eficácia dos programas no global, e das intervenções de enfermagem (do enfermeiro e enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação) na promoção da autonomia e independência no autocuidado após o evento gerador de dependência, sustentados em amostras representativas, que garantam a validade externa, para a extrapolação dos resultados.

A nível nacional seria pertinente realizar estudos prospetivos com participantes (pessoas dependentes após AVC) realizados com doentes/ pessoas tanto no contexto hospital após instalação do evento causador de dano, com em contextos diferentes como na RNCC.

O tempo reduzido destinado ao estágio (10 semanas com 24h semanais) foi considerado uma limitação do estudo, uma vez que a média de dias de internamento se verificou em cerca de 19,28 dias, limitando o tempo de contacto com o doente/pessoa,

As questões éticas e a política de proteção de dados foram respeitadas, no entanto atendendo às exigências estipuladas pelo CHUA foram excluídos doentes com potencial para o autocuidado marcha, que não reúnem condições para assinar o seu consentimento informado nem suporte familiar para substituir a pessoa limitando a amostra a um total de 7 doentes.

BIBLIOGRAFIA

- Baptista, Â. (2017). Prevenção de complicações da Imobilidade no Doente Crítico: O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, 102.
- Branco, T., Santos, R. (2010). Reabilitação da pessoa com AVC. Coimbra: Formasau. ISBN: 978-989-8269-09-6
- Cunha, M. G. T. (2014). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no doente com AVC isquémico e a demora média de internamento hospitalar, 1–117. <https://doi.org/10.1007/s10641-004-2586-1>
- De, E., Alves, J., Silva, D., Após, R., Avc, O., & Viana, M. (2010). Reabilitação após o AVC 2009/2010.
- Directorate-General of Health. (2015). Plano nacional de saúde: revisão e extensão a 2020. *Direcção Geral Da Saúde*, 38. <https://doi.org/10.1007/s10853-015-9428-8>
- DUQUE, A. S., GRUNER, H., CLARA, J. G., ERMIDA, J. G., & VERÍSSIMO, M. T. (2012). Avaliação Geriátrica. *Núcleo de Estudos de Geriatria Da Sociedade Portuguesa de Medician Interna (GERMI)*, 1–20.
- De Wit L, Putman K, Lincoln N, Baert I, Berman P, Beyens H, et al. Stroke rehabilitation in Europe: what do physiotherapists and occupational therapists actually do? *Stroke; a journal of cerebral circulation*. 2006 Jun;37(6):1483-9. PubMed PMID: 16645135.
- Enfermagem, M., Especialização, Á. De, & Reabilitação, D. E. De. (2017). Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação.
- Faria, A. (2014). A Pessoa Após Avc: Transição Da Autonomia Para a Dependência, 202. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/9514>

Ferreira, M. P. F. (2015). Doente com AVC: ganhos na qualidade de vida após intervenção do enfermeiro de reabilitação. Retrieved from <http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/1290>

Graça, S. S. V. da C. (2015). Mobilização precoce no doente pós AVC- uma revisão sistemática da literatura, 62.

Hoeman, P. (2000). Enfermagem de reabilitação - Aplicação e processo. 2ª Edição Loures:

Lusociência: ISBN:972-8383-13-4

Jacqueline C Outermans, Roland P S van Peppen, Harriet Wittink, Tim Takken and Gert Kwakkel
Clin Rehabil. DOI: 10.1177/0269215509360647

Jesus, M. De, & Esteves, C. (2018). Exercícios terapêuticos no doente após Acidente Vascular Cerebral Revisão Sistemática da Literatura Exercícios terapêuticos no doente após Acidente Vascular Cerebral Revisão Sistemática da Literatura.

José Barros, Laura Silveira, Fernando Tavares, Fernanda Oliveira, Adriano Natário, Luís Cunha, Carlos Basílio, Carlos Moreira, Cristina Ribeiro, gabriela Maia, Vítor Tendim Cruz, Gustavo Cordeiro Santo, miguel R. (2016). Rede de Referência Hospitalar Neurologia, 37.

José, M., Ferreira, G., & Fisioterapia, M. (2012). Efeitos de um programa baseado em tarefas orientadas na competência de marcha em indivíduos com Acidente Vascular Cerebral Efeitos de um programa baseado em tarefas orientadas na competência de marcha em indivíduos com Acidente Vascular Cerebral.

Lessmann JC, Conto F, Ramos G, Borenstein MS, M. B. (2011). REBEn de pacientes que sofreram A ascular Encefálico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 198–202.

Juliana Cristina Lessmann, F. D. (2011). Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação. *Revista Brasileira de Enfermagem*.

Manuela, D., & Cancela, G. (2008). TL0095.pdf, 1–18. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2010.01369>.

Maria, A., & Marques, D. A. (2015). Dependência no Autocuidado dos Idosos Residentes em Lar.

Marques, P. (n.d.). Evitar o a e uma res cidente va ponsabili dade part rebral : ilhada Evitar o

acidente vascular cerebral :

- Mendes, M. E. R., Novo, F. M. P., Gouveia, E. J. F., Dias, I. M. G. P., & Braga, R. J. V. de A. (2016). Enfermagem de Reabilitação - Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. <https://doi.org/10.1158/0008-5472.SABCS12-S5-3>
- Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação - Regulamento n.º 125/2011 - Diário da República 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011, 25118–25120. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_125_2011_CompetenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf
- Ministério da Saúde do Brasil. (2013). *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral*. Brasília, DF. [https://doi.org/DOI 10.3346/jkms.2010.25.6.829](https://doi.org/DOI%2010.3346/jkms.2010.25.6.829)
- Nogueira, M. L. P. (2016). Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Gestão em Enfermagem, 1(10), 102.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–10.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das Competências Específicas do EEER, 5. <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2783-9>
- Organização Mundial De Saúde. (2004). Lisboa 2004. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*, 238.
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. dos S., & Filho, A. J. de A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem / Autocuidado: la contribución teórica de Orem para la disciplina y profesión de Enfermería / Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and pr. *Revista de Enfermagem Referência*, serIV(3), 157–164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Gago, M. L. (2014). *Manual do doente com Parkinson*. Lisboa: PRODUÇÃO EDITORIAL, EP Health Marketing, SL.

- Pereira, M. d. (2012). *A Promoção do Autocuidado na Pessoa em Processo de Transição*. Coimbra,.
- Sá, M. J. (2009). *Neurologia Clínica, compreender as doenças neurológicas*. porto: edicoes universidade Fernando Pessoa .
- Teixeira, S. M. (2012). *AUTOUIDADO: CONTRIBUTOS PARA UM MODELO DE SUPERVISÃO CLÍNICA*.
- Reabilitação Avc. (2013). <https://doi.org/DOI 10.3346/jkms.2010.25.6.829>
- Reabilitação Padrão Documental Dos Cuidados Enfermagem Da Especialidade De Enfermagem De Reabilitação, D. DE. (2015). Assembleia Do Colégio Da Especialidade De Enfermagem. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
- Rodrigues, M. D. S., Santana, L. F., & Galvao, I. M. (2017). Fatores de risco modificáveis e não modificáveis do AVC isquêmico: uma abordagem descritiva Modifiable and non-modifiable risk factors for ischemic stroke: a descriptive approach. *Revista Medicina (Sao Paulo)*, 96(3), 187–192.
- Sampaio, F., Pinto, C. V., Parada, F., Antunes, F., Silva, H. T. da, Caldas, J., ... Mirco, T. (2017). *Medicina Física e Reabilitação*, 77.
- Silva, I. de J., Oliveira, M. de F. V., Silva, S. É. D. da, Polaro, S. H. I., Radünz, V., Kotzias, E., & Santana, M. E. De. (2009). Cuidado , autocuidado e cuidado de si : o cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 43(3), 697–703. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000300028>
- Superior, E. (n.d.). Mónica Patrícia Salgueiro Morgado.
- Teixeira, S. M. (2012). *AUTOUIDADO: CONTRIBUTOS PARA UM MODELO DE SUPERVISÃO CLÍNICA*.
- Trindade, A. R., Tessaro, A. C., Bunn, D. A., Costa, A. M., Costa, P. R., Moritz, G. O., ... Apa, N. (2016). Ficha técnica, 1–2. Retrieved from http://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/3204%5Cnhttp://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/3204/1/Tessaro_Annye_Cristiny.pdf%5Cnhttp://hdl.handle.net/10

Veiga, L. (2015). Reabilitação funcional após Acidente Vascular Cerebral: resultados de uma Unidade de Convalescença, 66.

Vitor, A. F., Lopes, M. V. D. O., & Araujo, T. L. De. (2010). Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 14(3), 611–616. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000300025>

ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO COMISSÃO DE ÉTICA DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE

21/01/2019 Email – Susana Monteiro – Outlook
<https://outlook.live.com/mail/AQMkADAwATZiZmYAZC05ZDI3LTkyM2YtMDACLTAwCgAuAAADLZsKh93FK0CIfDXli%2B1gNwEA401I7p8DUk2Ti...> 1/2

Projeto de Investigação - "Capacitação da Pessoa para a Atividade de Vida Marcha"

Paula Cristina Arranhado Mangualde <paula.mangualde@ch Algarve.min-saude.pt>

Sex 16/11/2018, 15:09

Para: monteiro-susana@hotmail.com <monteiro-susana@hotmail.com>

Cc: Enf. Chefe Medicina 4C <ecespcir@ch Algarve.min-saude.pt>; Luisa Arez <luisa.arez@ch Algarve.min-saude.pt>;

Ana Paula Carvalho Alves <ana.alves@ch Algarve.min-saude.pt>;

Patricia Salgado <patricia.salgado@ch Algarve.min-saude.pt>

Exma. Sra. Enfª Susana Cabrita

Exma. Sra. Dra. Luisa Arez

Exmo. Sr. Enfª Vitor Jacinto

Relativamente ao estudo supra mencionado, cumpre-me informar que o mesmo teve o parecer favorável da

n/Comissão de Ética para a Saúde, tendo sido aprovado posteriormente pelo n/ C.A. em 15/11/2018, nos

termos propostos obrigatoriamente pela Exma. Vogal Executiva, Dra. Helena Leitão, a salvaguardar pelo CFIC:

1 – O CFIC deverá informar os proponentes que o Centro Hospitalar Universitário do Algarve deve ser referido

em todas as publicações, comunicações, posters, trabalhos, decorrentes do estudo;

2 – Devem ser informados os proponentes que deverão comunicar ao CFIC (Centro de Formação, Investigação

e Conhecimento) todos os trabalhos, comunicações, posters, apresentações, decorrentes do estudo.

Com os melhores cumprimentos

Paula Mangualde

Secretariado do Centro de Formação, Investigação e Conhecimento

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE

Sítio do Poço Seco | 8500-338 Portimão | Portugal

Tel. 282 450 300 | Ext. 35 517/35 518

www.chalgarve.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

21/01/2019 Email – Susana Monteiro – Outlook

<https://outlook.live.com/mail/AQMkADAwATZiZmYAZC05ZDI3LTkyM2YtMDACLTAwCgAuAAADLZsKh93FK0CIfDXli%2B1gNwEA401I7p8DUk2Ti...> 2/2



Email – Sus

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE

21/01/2019 Email – Susana Monteiro – Outlook
<https://outlook.live.com/mail/AQMkADAwATZiZmYAZC05ZDI3LTkyM2YtMDACLTAwCgAuAAADLZsKh93FK0CIfDXli%2B1gNwEA401I7p8DUk2Ti...> 1/1

Projeto/Estudo de Investigação "Capacitação da pessoa para a atividade de vida
marcha"

Paula Cristina Arranhado Mangualde <paula.mangualde@ch Algarve.min-saude.pt>

Sex 09/11/2018, 14:34

Para: monteiro-susana@hotmail.com <monteiro-susana@hotmail.com>

Boa tarde Enfª Susana Cabrita,

O Secretariado do CFIC - Centro de Formação, Investigação e Conhecimento da Unidade de

Portimão, vem informar que o Projeto de Investigação/ Estudo em referência recebeu **parecer**

positivo da nossa Comissão de Ética para a Saúde.

O projeto seguirá para autorização do Exmo. Conselho de Administração.

Assim que tenhamos novidades informaremos.

Com os melhores cumprimentos

Paula Mangualde

Secretariado do Centro de Formação, Investigação e Conhecimento

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE

Sítio do Poço Seco | 8500-338 Portimão | Portugal

Tel. 282 450 300 | Ext. 35 517/35 518

www.chalgarve.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

<https://outlook.live.com/mail/AQMkADAwATZiZmYAZC05ZDI3LTkyM2YtMDACLTAwCgAuAAADLZsKh93FK0CIfDXli%2B1gNwEA401I7p8DUk2Ti...>



Email – Sus

ANEXO C – MODELO DE CONSENTIMENTO INFORMADO INSTITUÍDO NO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE

CONSENTIMENTO INFORMADO

“Capacitação da pessoa para o autocuidado marcha”

Caro utente;

Eu Susana Filomena Monteiro Joaquim Cabrita Enfermeira generalista a exercer funções no serviço de Especialidades Médicas do Centro Hospitalar Universitário do Algarve encontro-me a frequentar o curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Reabilitação em Associação do Instituto Politécnico de Setúbal, actualmente a decorrer na escola superior de saúde São João de Deus Évora.

Pretendo no âmbito deste curso realizar um projecto cujo título será “ capacitação da pessoa para o autocuidado marcha”.

Este projecto terá como objectivos a avaliação e capacitação da pessoa até atingir a máxima independência na actividade de vida marcha, iniciando com a avaliação da propriocepção; transferência; equilíbrio; força e marcha. A realização deste estudo será através da implementação de um plano de exercícios individualizado para cada pessoa, dependendo da sua causa patológica, plano este que lhe será devidamente apresentado.

As alterações da pessoa serão avaliadas através do uso de escalas já usadas nos serviços pelos enfermeiros de reabilitação, escala de equilíbrio e marcha de Holden, Escala de Lower para avaliação da força muscular e escala de Bartel para a avaliação geral.

Os dados pessoais dos doentes não serão divulgados, serão apenas avaliados para um adequado plano de reabilitação física.

Desde já informo que os dados obtidos serão confidenciais e os participantes permanecem em anonimato. O estudo irá decorrer entre Setembro e Novembro 2018 num período de 10 semanas com uma carga horaria de 24 semanais.

Esta participação será voluntária e pode ser interrompida se assim o desejar.

Muito obrigada pela atenção dispensada

Susana Filomena Monteiro Joaquim Cabrita

Enfermeira: Susana Filomena Monteiro Joaquim Cabrita

924072510

monteiro-susana@hotmail.com

Assinatura:

Declaro ter lido e compreendido este documento, assim como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantido a possibilidade de em qualquer altura recusar participar neste estudo sem ter de dar qualquer tipo de justificação e sem que a prestação dos cuidados necessários ao meu estado de saúde seja afectado. Desta forma aceito participar neste estudo e permito a utilização de dados que de forma voluntária forneço, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e de acordo com as garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Data:

Participante:

ANEXO D – ESCALA DE RECOLHA DE DADOS MODIFICADAS

AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR-ESCALA DE LOWER

Membro superior	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação Int. Pronação	Rotação Ext. Supinação	Desvio Radial	Desvio Cubital	Elevação	Oponência
Escapulo-umeral										
Cotovelo										
Antebraço										
Punho										
Dedos										
Polegar										
Membro inferior	Flexão báscula anterior	Extensão báscula posterior	Adução	Abdução	Rotação Int. Inversão	Rotação Ext. Eversão				
Coxo-femoral										
Joelho										
Tibio-társica										
Dedos										

LEGENDA DA ESCALA DE LOWER

0/5 Sem contração muscular e sem movimento
 1/5 Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento
 2/5 Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade
 3/5 Raio de movimento completa apenas contra gravidade, não contra resistência
 4/5 Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade
 5/5 Movimento normal contra gravidade e resistência

Analogia com a classificação dos fenómenos de Enfermagem – Juízo, CIPE.
 5/5 Sem alteração
 4/5 Grau reduzido
 3/5 e 2/5 Grau moderado
 1/5 Grau elevado
 0/5 Grau muito elevado

ÍNDICE DE BARTEL

ÍNDICE DE BARTEL			
Atividade	Pontuação		
	1ªAvaliação	2ªAvaliação	3ªAvaliação
Alimentação 0= Incapacitado 5=Precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc, ou dieta modificada. 10= Independente	0	0	0
Banho 0=Dependente 5=Independente (ou no chuveiro)	0	0	0
Atividades rotineiras 0= Precisa de ajuda com a higiene pessoal 5= Independente/rosto/cabelo/barbear	0	0	0
Vestir-se 0= Dependente 5= Precisa de ajuda, mas consegue fazer uma parte sozinho 10= Independente (incluindo botões, zipers laços etc.)	0	0	0
Intestino 0= Incontinente (necessidade de enemas) 5= Acidente ocasional 10= Continente	0	0	0
Sistema urinário 0= Incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5=Acidente ocasional 10=Continente	0	0	0
Uso do toalete 0=Dependente 5= Precisa de alguma ajuda parcial 10= Independente (pentear-se, limpar-se)	0	0	0
Transferência (da cama para a cadeira e vice-versa) 0=Incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5= Muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar 10= Pouca ajuda (verbal ou física) 15= Independente	0	0	0
Mobilidade (superfícies planas) 0= Imóvel ou <50metros 5=Cadeira de rodas independente, incluindo esquinas,> que 50 metros 10= Caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física)> 50metros 15= Independentes (pode precisar de alguma ajuda; como exemplo bengala)> 50 metros	0	0	0
Escadas 0= Incapacitado 5= Precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado) 10= Independente	0	0	0
Total	0	0	0

Níveis de dependência:
 90-100-Independente
 60-90-Ligeiramente dependente
 40-55-Moderadamente dependente
 20-35-Severamente dependente

ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

1-Posição sentada para posição em pé. Instruções: Por favor, levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar.			
1ªAvaliação	2ªAvaliação	3ªAvaliação	
()	()	()	4 Capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente.
()	()	()	3 Capaz de levantar-se independentemente e estabilizar-se independentemente
()	()	()	2 Capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas.
()	()	()	1 Necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se.
(0)	(0)	(0)	0 Necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se.
2-Permanecer em pé sem apoio Instruções: Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar.			
()	()	()	4 Capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos.
()	()	()	3 Capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão.
()	()	()	2 Capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.
()	()	()	1 Necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.
(0)	(0)	(0)	0 Incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.
Se o paciente for capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, dê o número total de pontos para o item 3. Continue com o item 4.			
3-Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho. Instruções: Por favor, fique sentado sem apoiar as costas, com os braços cruzados, por 2 minutos.			
()	()	()	4 Capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos.
()	()	()	3 Capaz de permanecer sentado por 2 minutos com supervisão.
()	()	()	2 Capaz de permanecer sentado por 30 segundos.
(1)	(1)	(1)	1 Capaz de permanecer sentado por 10 segundos.
()	()	()	0 Incapaz de permanecer sentado sem apoio por 10 segundos.
4-Posição em pé para posição sentada. Instruções: Por favor, sente-se.			
()	()	()	4 Senta-se com segurança, com uso mínimo das mãos.
()	()	()	3 Controla a descida utilizando as mãos.
()	()	()	2 Utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida.
()	()	()	1 Senta-se independentemente, mas tem descida sem controle.
(0)	(0)	(0)	0 Necessita de ajuda para sentar-se.
5-Transferências. Instruções: Arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra, para uma transferência em pivô. Peça ao paciente que se transfira de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa. Você poderá utilizar duas cadeiras ou uma cama e uma cadeira.			
()	()	()	4 Capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos.
()	()	()	3 Capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos.
()	()	()	2 Capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão.
()	()	()	1 Necessita de uma pessoa para ajudar.
(0)	(0)	(0)	0 Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar a tarefa com segurança.
6-Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados. Instruções: Por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos.			
()	()	()	4 Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança.
()	()	()	3 Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão.
()	()	()	2 Capaz de permanecer em pé por 3 segundos.
()	()	()	1 Incapaz de permanecer com os olhos se em pé.
(0)	(0)	(0)	0 Necessita de ajuda para não cair.
7-Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos. Instruções: Junte seus pés e fique em pé sem se apoiar.			
()	()	()	4 Capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com segurança.
()	()	()	3 Capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com supervisão.
()	()	()	2 Capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
()	()	()	1 Necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos.
(0)	(0)	(0)	0 Necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos.

8-Alcançar à frente com o braço estendido, permanecendo em pé. Instruções: Levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar à frente o mais longe possível. O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos quando o braço estiver a 90°. Ao serem esticados para frente, os dedos não devem tocar a régua. A medida a ser registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando o paciente se inclina para frente o máximo que consegue. Quando possível peça ao paciente que use ambos os braços, para evitar rotação do tronco.			
()	()	()	4 Pode avançar à frente mais que 25cm com segurança.
()	()	()	3 Pode avançar à frente mais que 12,5cm com segurança.
()	()	()	2 Pode avançar à frente mais que 5cm com segurança.
()	()	()	1 Pode avançar à frente, mas necessita de supervisão.
(0)	(0)	(0)	0 Perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo.
9-Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé. Instruções: Pegue o sapato/chinelo que está na frente dos seus pés.			
()	()	()	4 Capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança.
()	()	()	3 Capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão.
()	(2)	(2)	2 Incapaz de pegá-lo mas se estica, até ficar a 2-5cm do chinelo, e mantém o equilíbrio independentemente.
()	()	()	1 Incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando.
(0)	()	()	0 Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.
10-Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé. Instruções: Vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima do ombro esquerdo, sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito. O examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente atrás do paciente para estimular o movimento.			
()	()	()	4 Olha para trás de ambos os lados com boa distribuição do peso.
()	()	()	3 Olha para trás somente de um lado; o lado contrário demonstra menor distribuição do peso.
()	()	()	2 Vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio.
()	()	()	1 Necessita de supervisão para virar.
(0)	(0)	(0)	0 Necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.
11-Girar 360° Instruções: Gire completamente em torno de si mesmo. Pausa. Gire completamente em torno de si mesmo para o lado contrário.			
()	()	()	4 Capaz de girar 360° com segurança em 4 segundos ou menos.
()	()	()	3 Capaz de girar 360° com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos.
()	()	()	2 Capaz de girar 360° com segurança, mas lentamente.
()	()	()	1 Necessita de supervisão próxima ou orientações verbais.
(0)	(0)	(0)	0 Necessita de ajuda enquanto gira.
12-Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio. Instruções: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho 4 vezes.			
()	()	()	4 Capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos.
()	()	()	3 Capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais de 20 segundos.
()	()	()	2 Capaz de completar 4 movimentos sem ajuda.
()	()	()	1 Capaz de completar mais de 2 movimentos com o mínimo de ajuda.
(0)	(0)	(0)	0 Incapaz de tentar ou necessita de ajuda para não cair.
13-Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente. Instruções: Demonstre para o paciente. Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha; se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.			
()	()	()	4 Capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
()	()	()	3 Capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
()	()	()	2 Capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
()	()	()	1 Necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos.
(0)	(0)	(0)	0 Perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar em pé.
14-Permanecer em pé sobre uma perna. Instruções: Fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar.			
()	()	()	4 Capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por mais de 10 segundos.

()	()	()	3 Capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 5-10 segundos.
()	()	()	2 Capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 3 ou 4 segundos.
()	()	()	1 Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente.
(0)	(0)	(0)	0 Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair.
Total	Total	Total	

Legenda escala de equilíbrio de Berg

Um valor de corte de 45 pontos é considerado preditor de queda, e um índice menor ou igual a 36 pontos está associado a 100% de risco de queda.

41 - 56 = baixo risco de queda / equilíbrio bom

21 - 40 = risco de queda médio/ equilíbrio médio

0 - 20 = elevado risco de queda / equilíbrio diminuído

ESCALA DA MARCHA DE HOLDEN

Categoria	Descrição
0 Marcha ineficaz	O idoso não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura.
1 Marcha dependente Nível II	O idoso necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação.
2 Marcha dependente Nível I	O idoso requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação.
3 Marcha dependente com supervisão	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas sem ajuda, mas para a sua segurança requer supervisão de uma pessoa.
4 Marcha independente (superfície plana)	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos.
5 Marcha independente	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas.
1ª avaliação 0 Marcha ineficaz	O idoso não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura.
2ª avaliação 0 Marcha ineficaz	O idoso não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura.
3ª avaliação 0 Marcha ineficaz	O idoso não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura.

Nota: assinalar o tipo de ajuda necessário: 1 bengala ou muleta, 2 bengalas ou muletas, andador.

ANEXO E – AVALIAÇÃO INICIAL DOS DOENTES SELECIONADOS

Doente A - Doente do sexo feminino 68 anos, com antecedentes pessoais de AVC em 2015, do qual recuperou bem, ficando com uma diminuição da força muscular do hemicorpo esquerdo (4/5) escala de Lower, Infecção do trato urinário, local não especificado, transtorno generalizado de ansiedade, hipertensão arterial, Síndrome vertiginosa, oclusão de artéria cerebral não especificada, com enfarte cerebral doença vascular cerebral aguda, mas mal definida, cólica renal, sífilis secundária da pele e das mucosas, neoplasia maligna secundária do intestino grosso ou reto, neoplasia maligna secundária de osso ou medula óssea.

Doente da entrada no serviço no dia 12-10-2018 ficando internada com diagnóstico de AVC isquémico fronto-parietal e núcleo capsulo esquerdo. Doente refere que há 1 mês atrás perdeu as forças na perna e braço do lado direito e começou a apresentar disartria. Antes do início dos sintomas a doente era autónoma nos autocuidados, sem problemas de memória ou orientação.

Doente disártrica embora compreensível, desorientada (diz que estamos em 2008) mas orientada no espaço, refere onde está. Doente participativa, a cumprir ordens simples, não cumpre ordens complexas. Repete e nomeia, refere que não sabe ler, pessoa com disartria, discurso fluente perceptível e organizado. Queixa-se de dor no braço e perna do lado direito, com início na mesma altura da perda de forças, com dificuldade na coordenação dos membros do lado direito.

Realizada 1ª avaliação da força muscular, doente apresenta diminuição da força no hemicorpo direito com (score de 3/5) escala de Lower, e hemicorpo esquerdo (4/5), por sequela de AVC em 2015. Na 2ª avaliação doente mantém força diminuída à esquerda, mas apresenta melhoria no episódio atual, progredindo de 3/5 para 4/5.

Avaliado equilíbrio segundo escala de Berg apresentando nas 3 avaliações realizadas (scores 0 – 20), elevado risco de queda / equilíbrio diminuído. Avaliada escala de Bartel, na 1ª avaliação doente severamente dependente com (score 20). Alimentação incapacitado; Dependente no banho e atividades rotineiras; Sem controlo vesical e intestinal; Vestir-se precisa de ajuda, mas consegue fazer uma parte sozinha; Uso do toalete, precisa de alguma ajuda parcial; Transferência (da cama para a cadeira e vice-versa), necessita de muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar; Mobilidade (superfícies planas), cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, > que 50 metros; subir e descer escada dependente.

Na 2ª avaliação e 3ª avaliação os resultados avaliados são semelhantes, com (score entre 20-35), a doente mantém-se severamente dependente. Na alimentação ainda necessitava de ajuda para cortar os alimentos na 2ª avaliação, na 3ª avaliação a doente passou a independente; No banho e atividades rotineiras a doente manteve-se dependente ao longo do internamento; Na atividade vestir-se nas 2ª avaliações precisou de ajuda, mas consegue fazer uma parte sozinha; O controle vesical e intestinal, considerou-se na 2ª e 3ª avaliações Incontinente; Uso do toalete, precisa de alguma ajuda parcial; Transferência (da cama para a cadeira e vice-versa), pouca ajuda (verbal ou física); Mobilidade (superfícies planas), cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, > que 50 metros; Escadas incapacitada.

Na escala de Holden foram avaliados (scores 0) nas 3 avaliações, marcha ineficaz doente não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura.

Doente com alta para unidade de cuidados continuados de longa duração, 9 dias após o internamento.

Doente B- Doente do sexo feminino de 77 anos, com antecedentes pessoais de: HTA, Dislipidemia, recorre ao serviço de urgência no dia 5/10/2018 ficando internada na medicina, com diagnóstico de AVC Isquémico sem tradução. Doente trazida ao serviço de urgência por quadro de diminuição da força muscular no hemicorpo direito, associado a disartria e desvio da comissura labial à direita, com início no próprio dia mas desconhecendo o tempo de evolução, à entrada, apresentava doente com bom estado geral orientada, consciente, participativa, a cumprir ordens simples e algumas ordens complexas. Com dificuldade na articulação das palavras, com discurso ainda pouco fluente.

Repete e nomeia. Com diminuição da força no hemicorpo direito com (score de 4/5) na escala de Lower, progredindo para 5/5 na data da alta.

Com equilíbrio estático e dinâmico mantido na posição sentada. Equilíbrio estático e dinâmico comprometido na posição ortostática. Avaliado equilíbrio segundo escala de Berg com (score de 0 – 20) na 1ª avaliação traduzido em elevado risco de queda / equilíbrio diminuído. Nas seguintes avaliações 2ª e 3ª a doente mantém risco de queda médio/ equilíbrio médio com (score de 21 – 40).

Avaliada escala de Bartel com (score 40-55) na 1ª avaliação traduzido em moderadamente dependente. Alimentação, independente; dependente no banho e atividades rotineiras; Vestir-se precisa de ajuda, mas consegue fazer uma parte sozinho; Continente intestinal e acidente ocasional na eliminação vesical; Uso do toalete precisa de alguma ajuda parcial; Transferência (da cama para a cadeira e vice-versa) muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar; Mobilidade (superfícies planas) cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, > que 50 metros; Escadas incapacitado.

Nas duas seguintes avaliações a 2ª e 3ª, os níveis de dependência são semelhantes, a doente evolui para um (scores de entre 60-90) traduzido em ligeiramente dependente. A doente atinge a autonomia para os autocuidados, Alimentação; Banho; Atividades rotineiras; Vestir-se; Controlo Intestinal; Uso do toalete; Transferência (da cama para a cadeira e vice-versa). No sistema urinário manteve acidente ocasional; na mobilidade (superfícies planas) caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) > 50 metros; Nas escadas manteve-se incapacitada.

Na Avaliação da marcha escala de Holden 1ª avaliação a doente apresenta (score de 2) que corresponde a marcha dependente nível I, a doente requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação. A 2ª e 3ª avaliações demonstram o mesmo valor (score 4) correspondente a marcha independente (superfície plana), a doente é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos.

Doente com alta no dia 30/10/2018 encaminhada para unidade de cuidados continuados de media duração, doente sem suporte familiar, mora sozinha.

Doente C - Doente do sexo feminino 83 anos com antecedentes de HTA, asma brônquica recorreu ao serviço de urgência no dia 7/10/2018 por alteração do estado de consciência, sem mais dados; já esteve no serviço de urgência pelo mesmo motivo em 2/10, fez TAC e teve alta. Aparentemente durante a estadia no serviço de urgência desenvolveu hemiplegia direita que não tinha a entrada. Ficou internada com diagnóstico de AVC isquémico fronto-parietal e núcleo capsulo esquerdo.

A entrada doente acordada, mas completamente incontactável. Afásica, desvio da comissura labial para a esquerda. Hemiplegia direita, pupilas isocóricas simétricas, em discreta miose, sem reação a luz. Doente afásica, com compreensão mantida, cumpre ordens simples.

Sem equilíbrio estático e dinâmico em ambas as posições, sentada e em ortostatismo avaliada segundo escala de Berg com (scores de 0 – 20) correspondentes a elevado risco de queda / equilíbrio diminuído.

Pessoa com hemiparesia direita negligenciada, força muscular direita 3/5 na 1ª avaliação progredindo para 4/5 na 2ª avaliação. Realiza movimentos articulares ativos do hemicorpo esquerdo e movimentos articulares assistidos no hemicorpo direito com o membro contralateral, e apoio de pessoa. Realiza elevação da bacia.

Avaliada escala de Bartel, doente não participa na 1ª avaliação, na 2ª e 3ª avaliação doente tem dependência severa com (score de 20-35), não sendo possível levá-la ao chuveiro, realiza higiene na cama para posterior treino de equilíbrio com andarilho.

Na escala de Holden a sua aplicação foi difícil, doente com potencial para marcha, consegue dar cerca de 2 passos com apoio axilar bilateral e andarilho. Com inclinação acentuada para a direita, apresentando (score 0) correspondente a marcha ineficaz. Doente com alta para unidade de longa duração no dia 24/10/2018.

Doente D - Doente do sexo masculino 88 anos de erisipela em 2011, HTA. Doente recorre ao serviço de urgência no dia 14/10/2018 por desequilíbrio e afasia de início recente. Doente consciente, aparente compreende o que lhe é dito e tenta responder, mas apresenta uma afasia de expressão completa. Comunica por gestos. Fica internado com AVC Isquémico sem tradução.

Doente com compreensão mantida repete e nomeia, com dificuldade na articulação das palavras. Com sensibilidades mantidas. Diminuição da força muscular á direita de predomínio braquia, com um (score de 3/5) segundo escala de Lower, com inclinação do corpo para lateral direito e para anterior.

Avaliada escala de Bartel com (score de 20-35) traduzido em severamente dependente nas 3 avaliações, segundo informações do cuidador doente em casa já teria apoio domiciliário para os autocuidados, e já pouco saía de casa, apenas para ir a consultas, sendo deslocado em cadeira de rodas.

Avaliada escala de Berg com (scores 0 – 20) elevado risco de queda / equilíbrio diminuído na 1ª avaliação e (Score entre 21 – 40) risco de queda médio/ equilíbrio médio na 2ª e 3ª avaliação.

A marcha foi avaliada segundo escala de Holden, doente apresentava já uma ataxia previa da marcha. Na primeira avaliação doente não apresentou potencial para a marcha com um (score

0) traduzido em marcha ineficaz, o doente não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura, doente conseguiu apenas caminhar cerca de 5 metros com apoio de andarilho e de segunda pessoa.

Na 2ª avaliação o doente consegue atingir o (score 1) correspondente a marcha dependente nível II. Na 3ª avaliação o doente atinge um (score de 2) correspondente a marcha dependente nível I, o doente requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação. A evolução da marcha é notória, tratando-se de um doente sem atividade física no domicílio. Doente tem alta no dia 12/11/2018, para o domicílio, recusou UCC, uma vez já possuir apoio domiciliário.

Doente E - Doente e 65 anos previamente independente nas AVDs, vive com a mulher e filho. Com antecedentes pessoais de síndrome depressivo, labilidade emocional, HTA, doença renal crónica agudizada, da entrada no serviço de urgência no dia 25/09/2018. Doente encaminhado do Centro de Saúde por disartria, e desvio da comissura labial para a esquerda, desequilíbrio. Doente refere agravamento da falta de força no membro superior direito, tonturas.

Doente com discurso lenificado, mas coerente. Fala muito baixo. Sem disartria. Sem afasia. Cumpre ordens simples. Sem assimetrias da face. Sem desvios da comissura labial. Sem desvios da língua. Força muscular diminuída com (score de 4/5) escala de Lower no membro superior direito, que reverte na primeira semana de internamento. Sensibilidade mantida em todos os segmentos do corpo. Avaliadas dependências segundo escala de Bartel apresentando na 1ª avaliação um (score de 60). Alimentação independente; Dependente no Banho e atividades rotineiras; Precisa de ajuda com a higiene pessoal; Vestir-se Precisa de ajuda, mas consegue fazer uma parte sozinho; Independente no controlo intestinal e vesical; Uso do toalete precisa de alguma ajuda; Transferência (da cama para a cadeira e vice-versa), pouca ajuda (verbal ou física); Mobilidade (superfícies planas), caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) > 50 metros; Escadas, precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado).

Na 2ª e 3ª avaliações o doente atinge a independência para os autocuidados com (score entre 90-95) mantendo apenas na 2ª avaliação a dificuldade em subir e descer escadas sem ajuda, progredindo para a independência na 3ª avaliação.

Avaliada escala de Berg, apresentando na 1ª e 2ª avaliações avaliação um (score entre 21 – 40) correspondente a risco de queda médio/ equilíbrio médio. Na e 3ª avaliação um score de

(41 – 56) correspondente a baixo risco de queda / equilíbrio bom, com recurso a auxiliar de marcha com (andarilho).

Avaliada escala da marcha de Holden apresentando na 1ª avaliação (score 4) correspondente a marcha independente (superfície plana) o doente é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos. Na e 3ª avaliações o doente apresenta um (score de 5) correspondente a marcha independente, o doente é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas, sem recuso a auxiliares de marcha, (necessita de supervisão para subir e descer escadas). Doente com alta após 23 dias de internamento, encaminhado para unidade de curta duração.

Doente F - Doente do sexo masculino 67, com antecedentes pessoais de HTA, ansiedade, psoríase, Ex fumador; Hábitos alcoólicos 24g/dia. Doente da entrada no serviço de medicina com AVC isquémico do tronco. Doente proveniente do local onde se encontrava de férias a norte do País, tendo sido transferido para a área de residência no dia 13/09/2018 para manter programa de reabilitação. À entrada consciente e orientado no tempo espaço e na pessoa, cumpre ordens simples e complexas, repete e nomeia, com discurso fluente e organizado. Doente discreta paresia facial à direita, com disfagia a líquidos compensada com espessante artificial na consistência de néctar.

Avaliado segundo escala Barthel, apresentando (scores de 50) primeira avaliação da correspondendo a moderadamente dependente. Independente na alimentação; Dependente no chuveiro com ajuda; No autocuidado vestir-se, o doente precisa de ajuda, mas consegue fazer uma parte sozinho; Independente no controlo vesical e intestinal; Uso do toalete precisa de alguma ajuda parcial; Transferência (da cama para a cadeira e vice-versa) Muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar; Mobilidade (superfícies planas) Cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, > que 50 metros; Escadas incapacitado. Na 2ª e 3ª avaliação com (score 90-100) demonstrando-se independente.

Avaliada força muscular segundo escala de Lower apresentando uma diminuição da força no hemicorpo esquerdo com (score de 4/5) raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. Sem movimentos involuntários. Sensibilidades globalmente conservadas.

Coordenação com dismetria evidente no membro superior e membro inferior esquerdos, doente apresenta equilíbrio estático e dinâmico ineficaz em ortostatismo com alto risco de queda, (score de 20) na 1ª avaliação da escala de Bartel. A 2ª e 3ª avaliação verificou-se uma melhoria do risco de queda com Score entre os 21 – 40, correspondente risco de queda médio/ equilíbrio médio. Foi necessário assistir o doente de forma continua nos autocuidados marcha, transferência, com recurso a auxiliar de marcha (andarilho).

Avariado o autocuidado marcha, segundo escala de Holden, doente apresentava um (score de 1) correspondente a marcha dependente nível II, o doente necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação.

Na segunda avaliação houve uma progressão para o (score 2) marcha dependente nível I, o doente requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação.

Na 3ª avaliação verifica-se uma progressão para o (scores 3) correspondente a marcha dependente com supervisão e auxiliares de marcha, o doente é capaz de andar de forma independente em superfícies planas sem ajuda, mas para a sua segurança requer supervisão de uma pessoa. Doente com alta no dia 24/10/2018, encaminhado para unidade de cuidados continuados de curta duração.

Doente G- Homem de 65 anos de idade, caucasiano. Previamente independente para as AVDs. Vive sozinho. Com antecedentes pessoais: Operado em 2009 por isquemia crónica agudizada do membro inferior direito, com lesão trófica-gangrena em evolução do 4º dedo do pé direito, doença oncológica digestiva (03/07/2017), refere que teve 1 AVC há mais de 10 anos do qual não existe registo clínico. Fumador 2- 3 maços/dia até 2010 e depois reduziu para 1/2 maço/dia. Álcool: consumidor abusivo >100grs até 2010 e atualmente com 2 copos/dia de vinho. Ficou internado com diagnóstico de AVC isquémico direito.

Doente recorre ao serviço de urgência no dia 16/10/2018 por quadro de cefaleia intensa, vómitos e desvio da comissura labial, com início na passada sexta-feira (5/10/2018). Refere que há cerca de 2 meses teve queda no domicílio por perda de força generalizada, mas sem dor, síncope ou quaisquer outros sinais ou sintomas acompanhantes, com recuperação espontânea e sem traumatismo.

Doente apresenta assimetria da força diminuída à esquerda com (score de 4/5) escala de Lower raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade de predomínio braquial. com alterações dos movimentos articulares, não faz flexão completa da articulação coxo femoral, faz elevação da bacia com apoio do membro superior direito. Apresenta deficiência sensorial por diminuição da acuidade visual. Refere cefaleias na região parietal e occipital á esquerda. hemianopsia esquerda, com dismetria bilateral no teste dedo nariz. Com diminuição da sensibilidade térmica, restantes sensibilidades mantidas. Assimetria facial com discreto desvio da comissura labial a esquerda. Não cumpre ordens complexas, mas cumpre ordens simples. Com discurso fluente e percetível. Repete e nomeia.

Avaliadas dependências segundo escala de Bartel apresentando na 1ª avaliação um (score de 60). Alimentação independente; Dependente no Banho e atividades rotineiras; Precisa de ajuda com a higiene pessoal; Vestir-se Precisa de ajuda, mas consegue fazer uma parte sozinho; Independente no controlo intestinal e vesical; Uso do toilete precisa de alguma ajuda; Transferência (da cama para a cadeira e vice-versa), pouca ajuda (verbal ou física); Mobilidade (superfícies planas), caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física)> 50metros; Escadas, precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado).

Na 2ª e 3ª avaliações o doente atinge a independência para os autocuidados com (score entre 90-95) mantendo apenas na 2ª avaliação a dificuldade em subir e descer escadas sem ajuda, progredindo para a independência na 3ªavaliação.

Equilíbrio estático e dinâmico comprometido na posição de sentado, com inclinação para lateral esquerda. Avaliada escala de Berg, apresentando na 1ª e 2ª avaliações avaliação um (score entre 21 – 40) correspondente a risco de queda médio/ equilíbrio médio. Na e 3ª avaliação um score de (41 – 56) correspondente a baixo risco de queda / equilibrio bom, sem necessidade de auxiliar de marcha.

Avaliada escala da marcha de Holden apresentando na 1ª avaliação (score 4) correspondente a marcha independente (superfície plana) o doente é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos. Na 2ª e 3ª avaliações o doente apresenta um (score de 5) correspondente a marcha independente, o doente é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas, sem recuso a auxiliares de marcha, (necessita de supervisão para subir e descer escadas).Doente tem alta apos 21 dias 6/11/2018 encaminhado para unidade de media duração por falta de suporte familiar.

A avaliação da propriocepção foi realizada sem recuso a escalas. Foram realizados testes de observação através do toque em partes do corpo pedindo ao doente/ pessoa para que localizasse com os olhos fechados o local onde era aplicado o estímulo. Foi verificado através desse teste que nos doentes selecionados não existiam alterações da propriocepção. Todos os doentes identificaram as localizações do seu corpo.

**ANEXO F – RESUMO DO ARTIGO “CAPACITAÇÃO DA PESSOA PARA O
AUTOCUIDADO MARCHA”**

Resumo

Objetivo: Verificar a eficácia de treino de marcha em 7 doentes com diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC).

Método: Estudo quantitativo, descritivo e transversal, desenvolvido num serviço de medicina do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, durante um período de 10 semanas, de 19 de setembro a 25 de novembro, envolvendo 7 pessoa/pessoas com AVC. Os instrumentos utilizados foram as escalas de comas de Holden. A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela declaração de Helsínquia e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada, apresentando o respetivo parecer.

Resultados: Dos 7 doentes avaliados 2 atingiram a independência para o autocuidado marcha sem recurso a auxiliares de marcha. Em 2 doentes não foi possível reverter o compromisso para a marcha. Dos restantes 3 doentes, 2 requerem ajuda mínima de uma pessoa para não cair em superfície plana, 1 é capaz de caminhar em superfícies planas.

Descritores: Acidente Vascular Cerebral; enfermagem de reabilitação; autocuidado; marcha.